

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

998

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**Christian, Alexandre, Julien COL**

*Interne des Hôpitaux de Paris*

Né le 29 Mai 1929, au PUY (Haute-Loire)

*Présentée et soutenue publiquement le 27 Juin 1962*

TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ET DELINQUANCE JUVENILE  
ETUDE DES FACTEURS ETIOLOGIQUES  
CHEZ LE GARÇON DE 14 A 18 ANS

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8. Rue Casimir Delavigne  
PARIS - VI<sup>e</sup>

1962



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1962

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Christian , Alexandre, Julien C O L  
Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 29 Mai 1929 au PUY (Haute-Loire)

--

Présentée et soutenue publiquement  
le 27 Juin 1962

--



TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ET DELINQUANCE JUVENILE

ETUDE DES FACTEURS ETIOLOGIQUES CHEZ LE

GARÇON DE 14 A 18 ANS

--

Président : Monsieur L. MICHAUX (Professeur)

--

DACTYLO-SORBONNE  
8, rue Casimir Delavigne  
PARIS  
1962



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BERNARD (H), BUL-  
LIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C),  
DEBRE (R), FEY (B), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HA-  
ZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G),  
LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P),  
MONDOR (H), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGUET (P),  
OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS  
(D), QUENU (J), RICHEL (C), SENEQUE (J), STROHL (A),  
TANON (L).

DOYEN ..... Léon BINET

Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR ..... Jean VERNE

2e ASSESSEUR ..... Gaston CORDIER

## I - PROFESSEURS

### 1°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

#### a) Professeurs titulaires :

|                                                                    | MM.               |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                     | DELMAS (A)        |
| Anatomie pathologique .....                                        | DELARUE (J)       |
| Anesthésiologie .....                                              | BAUMANN (J)       |
| Biochimie médicale .....                                           | { JAYLE (M.F)     |
|                                                                    | { SCHAPIRA (G)    |
| Biologie appliquée à l'Educa-<br>tion physique et aux sports ..... | CHAILLEY-BERT (P) |
| Biologie médicale .....                                            | FAUVERT (R)       |
| Cancérologie médicale et<br>sociale .....                          | BERNARD (J)       |
| Embryologie .....                                                  | GIROUD (A)        |
| Histoire de la médecine et de<br>la chirurgie (Lariboisière) ..... | N...<br>VERNE (J) |
| Histologie .....                                                   | JANNON (P)        |
| Hygiène et médecine préventive .....                               | DESOILLE (H)      |
| Médecine du Travail .....                                          | PIEDELIEVRE (R)   |
| Médecine légale .....                                              |                   |
| Microbiologie (Bactériologie<br>et virologie) .....                | FASQUELLE (R)     |
| Parasitologie .....                                                | GALLIARD (H)      |
| Pathologie chirurgicale .....                                      | HUGUIER (J)       |
| Pathologie exotique .....                                          | LAVIER (G)        |
| Pathologie expérimentale et<br>comparée .....                      | MERKLEN (F.P)     |
| Pathologie médicale .....                                          | MILLIEZ (P)       |

MM.

|                                                              |                |
|--------------------------------------------------------------|----------------|
| Pathologie respiratoire .....                                | TURIAF (J)     |
| Pathologie et thérapeutique gé-<br>nérales .....             | BOUDIN (G)     |
| Pharmacologie .....                                          | CHEYMOL (J)    |
| Physiologie .....                                            | { BINET (L)    |
|                                                              | { BARGETON (D) |
| Physiologie et pathologie obste-<br>tricale .....            | LEPAGE (F)     |
| Physique médicale .....                                      | { DOGNON (A)   |
|                                                              | { DJOURNO (A)  |
| Radiologie médicale .....                                    | DESGREZ (H)    |
| Technique chirurgicale et Chirur-<br>gie expérimentale ..... | N...           |
| Thérapeutique .....                                          | CONTE (M)      |

b) Professeurs à titre personnel:

|                                      |                  |
|--------------------------------------|------------------|
| Biochimie médicale .....             | { DESGREZ (F)    |
|                                      | { POLONOVSKI (J) |
| Biologie médicale .....              | BOURLIERE (F)    |
| Embryologie .....                    | TUCHMANN (H)     |
| Hygiène et médecine préventive ..... | DEPARIS (M)      |
| Parasitologie .....                  | BRUMPT (L.C)     |
| Pathologie chirurgicale .....        | LAURENCE (G)     |
| Pharmacologie .....                  | LEVY (Mlle J)    |
| Physiologie .....                    | PARROT (J)       |
| Physique médicale .....              | KELLERSHOHN (L)  |

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires

|                                                                            |                           |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Clinique carcinologique chirur-<br>gicale (Necker) .....                   | REDON (H)                 |
| Clinique cardiologique (Broussais) .....                                   | MOUQUIN (M)               |
| ( Beaujon .....                                                            | LORTAT-JACOB (J.L)        |
| ( Cochin .....                                                             | LEGER (L)                 |
| Cliniques chi- ( Hôtel-Dieu .....                                          | PATEL (J)                 |
| urgicales ( Pitié .....                                                    | CORDIER (G)               |
| ( Saint-Antoine .....                                                      | GOSSET (J)                |
| ( Salpêtrière .....                                                        | SICARD (A)                |
| ( Tenon .....                                                              | OLIVIER (Cl.)             |
| Clinique de chirurgie infantile<br>et orthopédique (Enfants Malades) ..... | FEVRE (M)                 |
| Clinique chirurgicale orthopédi-<br>que et réparatrice (Cochin) .....      | MERLE d'AUBIGNE (R)       |
| Clinique de chirurgie cardio-<br>vasculaire (Broussais) .....              | F. de GAUDART d'ALLAINES. |

|                                                                                       |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)                                     | MATHEY (J)          |
| Clinique endocrinologique (Pitié)                                                     | DECOURT (J)         |
| Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)                                      | LAMY (M)            |
| Clinique gynécologique (Broca)                                                        | FUNCK-BRENTANO (P)  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)                         | DEGOS (R)           |
| Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)                                   | CATHALA (J)         |
| Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)                                   | MOLLARET (P)        |
| Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)                        | DELAY (J)           |
| Clinique des maladies métaboliques (Necker)                                           | HAMBURGER (J)       |
| Clinique des maladies du sang (Broussais)                                             | MARCHAL (G)         |
| Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)                                | CASTAIGNE (P)       |
| ( Boucicaut                                                                           | LENEGRE (J)         |
| ( Broussais                                                                           | SOULIE (P)          |
| ( Cochin                                                                              | JUSTIN-BESANÇON (L) |
| Cliniques médi- ( Cochin                                                              | BROUET (G)          |
| cales ( Hôtel-Dieu                                                                    | BARIETY (M)         |
| ( Lariboisière                                                                        | SEZE (S.de)         |
| ( Pitié                                                                               | DREYFUS (G)         |
| ( Saint-Antoine                                                                       | KOURILSKY (R)       |
| Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)                 | DEBRAY (C)          |
| Clinique médicale propédeutique (Broussais)                                           | GENNES (L.de)       |
| Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) | DEROT (M)           |
| Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)                                                   | DAVID (M)           |
| Clinique neurologique (Salpêtrière)                                                   | GARCIN (R)          |
| Cliniques obs- ( Baudelocque                                                          | LACOMME (M)         |
| tétricales ( Foch (Suresnes)                                                          | MERGER (R)          |
| Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)                                   | VARANGOT (J)        |

MM.

|                                                                               |                |
|-------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Clinique ophtalmologique<br>(Hôtel-Dieu) .....                                | RENARD (G)     |
| Clinique oto-rhino-laryngolo-<br>gique (Lariboisière) .....                   | AUBRY (M)      |
| Clinique de pédiatrie et de<br>puériculture (Saint-Vincent-<br>de-Paul) ..... | LELONG (M)     |
| Clinique de pédiatrie sociale<br>(Enfants-Malades) .....                      | MARIE (J)      |
| Clinique de pneumo-phtisiologie<br>(Laennec) .....                            | BERNARD (E)    |
| Clinique de neuro-psychiatrie<br>infantile (Salpêtrière) .....                | MICHAUX (L)    |
| Clinique de rhumatologie mé-<br>dicale et sociale (Cochin) .....              | COSTE (F)      |
| Clinique stomatologique (Pitié) .....                                         | DECHAUME (M)   |
| Clinique thérapeutique chirur-<br>gicale (Vaugirard) .....                    | ROUX (M)       |
| Clinique thérapeutique médicale<br>(Saint-Antoine) .....                      | LEMAIRE (A)    |
| Clinique toxicologique .....                                                  | GAULTIER (M)   |
| Clinique traumatologique .....                                                | PADOVANI (P)   |
| Séméiologie médicale .....                                                    | DOMART (A)     |
| Séméiologie et clinique chirur-<br>gicales .....                              | POILLEUX (F)   |
| Clinique urologique (Necker) .....                                            | COUVELAIRE (R) |
| Hygiène et clinique de la pre-<br>mière enfance (Trousseau) .....             | TURPIN (R)     |

b) Professeurs à titre personnel :

|                |                 |
|----------------|-----------------|
| Médecine ..... | ( BOUR (H)      |
|                | ( LHERMITTE (F) |
|                | ( PEQUIGNOT (H) |

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS  
AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

|                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| Anatomie .....              | ( CABROL (C)           |
|                             | ( GOUINAUD (C)         |
|                             | ( GILLOT (C)           |
|                             | ( OLIVIER (G)          |
| Anatomie pathologique ..... | ( GAUTHIER-VILLARS (C) |
|                             | ( pr.s.ch.             |
|                             | ( ABELANET (R)         |
|                             | ( BUSSER (F)           |

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                              | MM.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Anatomie pathologique .....                                  | ( CHOMETTE (G)<br>( GUYGOU (Ch)m.conf.<br>( NEZELOFF (Ch.)<br>( ORCEL (L)<br>( PAILLAS (J)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Anesthésiologie .....                                        | ( KERN (E.)<br>( VOURC'H (G)<br>( BARBIER (P)<br>( CHRISTOL (D)<br>( Le MINOR (L)<br>( TOURNIER (P)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Bactériologie .....                                          | ( BAULIEU Et.m.conf.<br>( BOURILLON (R)<br>( CARTIER (P)<br>( DREYFUS (J.cl.)<br>( GONNARD (P)<br>( KRUH (J)<br>( JEROME (H)                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Biochimie médicale .....                                     | (                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Biologie appliquée à l'Educa-<br>tion Physique et aux Sports | PLAS (F)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Carcinologie .....                                           | ( BOIRON (M)<br>( DENOIX (P)<br>( MATHE (G)<br>( SELIGMANN (M)<br>( CIVATTE (J)<br>( DUPERRAT (B)<br>( LEDOUX-LEBARD (G)<br>( BESSIS (M)<br>( BILSKI-PASQUIER (G)<br>( DAUSSET (J)<br>( DUHAMEL (G)<br>( COUJARD (R)pr.s.ch.<br>( MAROIS (M)<br>( RACADOT (J)<br>( BESANCON (F)<br>( CORNET (A)<br>( BOYER (J)pr.s.ch.<br>( BLANCHER (G)<br>( CORRE-HURST (Mme L)<br>( SAPIN-JALOUSTRE (H)<br>( BASTIN (R)<br>( DUPONT (V) |
| Dermato-Syphiligraphie .....                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Electro-Radiologie .....                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hématologie .....                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Histologie .....                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hydrologie .....                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Hygiène .....                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Maladies infectieuses .....                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

MM.

|                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médecine légale .....         | ( DEROBERT (L)pr.s.ch.<br>FOURNIER (E)<br>GUENIOT (M)<br>HADENGUE (A)<br>ALBAHARY (C)<br>PERTUISET (B)<br>GRANJON (A)<br>HERVET (E)<br>Le LORIER (G)<br>LEVY (J)<br>MORIN (P)<br>MUSSET (R)<br>ROBEY (M)<br>SENEZE (J)<br>SUREAU (C)<br>THOYER-ROZAT (J)<br>BREGEAT (P)<br>DUBOIS (A)<br>SARAUX (H)<br>JUDET (R)<br>MEARY (R)<br>POSTEL (M)<br>RAMADIER (J)<br>DEBAIN (J)<br>PIALOUX (P)<br>GOLVAN (Y)<br>LAPIERRE (J)<br>BARCAT (J)<br>BINET (J.P)<br>CAUCHOIX (J)<br>CERBONNET (G)<br>CHATELIN (C.L)<br>DUBOST (Ch.)<br>DUBOST (Cl.)<br>FAUREL (J)<br>FLABEAU (F)<br>GARBAY (M)<br>GARNIER (H)<br>(Cl.de)GAUDART-d'ALLAINE<br>GERMAIN (A)<br>LATASTE (J)<br>LEVEQUE (B)<br>LOYGUE (J)<br>MERCADIER (M) |
| Médecine du travail .....     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Neuro-Chirurgie .....         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Obstétrique .....             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Ophtalmologie .....           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Orthopédie .....              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Oto-rhino-Laryngologie .....  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Parasitologie .....           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Pathologie chirurgicale ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

MM.

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Pathologie chirurgicale .....  | ( NATALI (J)<br>( PELLERIN (J)<br>( PERROTIN (J)<br>( ROBERT (H)<br>( THOMERET (G)<br>( SCHNEIDER (J)<br>( BENHAMCU (J.P)<br>( BERTHAUX (P)<br>( BOIVIN (P)<br>( CROSNIER (J)<br>( HARIMANN (L)<br>( LOEPER (J)<br>( MAURICE (J)<br>( MIKOL (Cl)<br>( RICHTER (G)<br>( AUSSAINNAIRE (M)<br>( BOUVIER (J)<br>( BOUVRAIN (Y)<br>( BRICAIRE (H)<br>( BRISSAUD (H)<br>( BROCARD (H)<br>( BUGE (A)<br>( CATINAT (J)<br>( CHRETIEN (J)<br>( COBLENTZ (B)<br>( CONTAMIN (F)<br>( COURY (C)<br>( ETIENNE (J.P)<br>( FREZAL (J)<br>( FRITEL (D)<br>( HENNEQUET (A)<br>( HIMBERT (J)<br>( HOUSSET (E)<br>( LAROCHE (Cl)<br>( LESOBRE (R)<br>( MACREZ (C)<br>( MOREAU (L)<br>( NICK(J)<br>( ROYER (P)<br>( TOURNEUR (R)<br>( WOLERONM (R)<br>( JOSEPH (R)<br>( LATOURCADE (J)<br>( LEPERCQ (G)<br>( MANDE (R) |
| Pathologie exotique .....      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pathologie expérimentale ..... |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pathologie médicale .....      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Pédiatrie-Puériculture .....   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

|                              |                                                                                                                                                                                                   |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              | MM.                                                                                                                                                                                               |
| Pédiatrie-Puériculture ..... | ( MOZZICONACCI (P)<br>POLONOVSKI (C)<br>ROSSIER (A)<br>VIALATTE (J)                                                                                                                               |
| Pharmacologie .....          | ( BOISSIER (J)<br>LECHAT (P)<br>BARRES (G)<br>DEJOURS (P)<br>DURAND (J)                                                                                                                           |
| Physiologie .....            | ( GIRARD m.conf.<br>EUGELIN (A)<br>SCHERRER (J)<br>CHANTEUR (J)<br>GOUGEROT (L)m.conf.<br>pr.s.ch.<br>GREMY (F.)m.conf.<br>MILHAUD (G)<br>PELLERIN (P)<br>ROUCAYROL (J.Cl)<br>TUBIANA (M) m.conf. |
| Physique médicale .....      | ( KREIS (B)<br>MEYER (A)<br>RENAULT (P)<br>PICHOT (P)<br>DENIKER (P)<br>DUCHE (D)<br>FLAVIGNY (H)<br>LAPRESLE (J)<br>DELBARRE (P)                                                                 |
| Pneumophthisiologie .....    | ( CERNEA (P)<br>CHAPUT (Mme A.)m.c.ag<br>GRELLET (M)<br>CHASSAGNE (P)<br>LAMOTTE (M)<br>MARCHE (J)<br>AUVERT (J)                                                                                  |
| Psychiatrie .....            | ( MOULONGUET (A)<br>QUENU (L)                                                                                                                                                                     |
| Psychiatrie infantile .....  |                                                                                                                                                                                                   |
| Rhuzatologie .....           |                                                                                                                                                                                                   |
| Stomatologie .....           |                                                                                                                                                                                                   |
| Thérapeutique .....          |                                                                                                                                                                                                   |
| Urologie .....               |                                                                                                                                                                                                   |

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES  
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent

|                |              |
|----------------|--------------|
|                | MM.          |
| Anatomie ..... | DEFFEYRE (J) |

|                                                 |                                                       |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                                 | MM.                                                   |
| Clinique chirurgicale .....                     | { ABOULKER (P)<br>AMELINE (A) pr.s.ch.<br>VERNE (J.M) |
| Clinique médicale .....                         | { PERRAULT (M)<br>RAMBERT (P)<br>THIEFFRY (S)         |
| Clinique obstétricale .....                     | { GRASSET (J)<br>MAYER (M)                            |
| Clinique ophtalmologique .....                  | { DESVIGNES (P)<br>OFFRET (G)                         |
| Clinique oto-rhino-laryngolo-<br>gique .....    | MADURO (R)                                            |
| Clinique pédiatrique et pué-<br>riculture ..... | LAPLANE (R)                                           |
| Clinique psychiatrique .....                    | BARUK (H)                                             |
| Clinique urologique .....                       | KUSS (R)                                              |

#### IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

|                               |                       |
|-------------------------------|-----------------------|
| Bactériologie .....           | HAUDUROY (P) Pr.s.ch. |
| Pathologie chirurgicale ..... | RUDLER (J) Pr.s.ch.   |

#### V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE { BOLTANSKI (E) ET UNIVERSITAIRE { LAUNAY (C)

|                                                          |                                                   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Secrétaire général de la Faculté ..                      | M. LENA (J)                                       |
| Secrétaire principal .....                               | Mlle CHAINTREUIL (G)                              |
| Conservateur en Chef de la Bi-<br>bliothèque .....       | {                                                 |
| Conservateur du Musée d'Histoire<br>de la Médecine ..... | { M.le Docteur HAHN (A)                           |
| Conservateur .....                                       | Mlle DUMAITRE (P)                                 |
|                                                          | { Mmes CONTET (J), FORGET (F)                     |
| Bibliothécaires .....                                    | { Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G)<br>QUIEVREUX (E) |

Par délibération en date du 9 decembre 1798,  
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les disser-  
tations qui lui seront présentées, doivent être considé-  
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend  
leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS,

Avec toute ma filiale affection.

A TOUS LES MIENS,

et à tous ceux qui me sont chers.



A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur Léon MICHAUX,

Professeur de Clinique de Neuro-Psychiatrie  
Infantile, à la Faculté de Médecine de Paris.

Médecin de la Salpêtrière.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand  
honneur d'accepter la présidence  
de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici  
l'expression de notre gratitude,  
de notre reconnaissance pour  
son enseignement, et de notre  
profond respect.

A NOTRE MAITRE,  
Monsieur le Docteur Clément LAUNAY,  
Médecin de l'Hôpital Hérôld.

Qui nous a dirigé et aidé  
dans ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance pour l'enseignement et l'orientation que nous avons reçus de lui.

En témoignage de respectueux  
attachement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE DUCHE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de  
Paris,  
Médecin des Hôpitaux,

Sans qui cette thèse n'eut  
point été possible, et qui nous  
a toujours témoigné tant de  
bienveillance.

Avec toute notre reconnais-  
sance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE FLAVIGNY

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de  
Paris,  
Médecin Assistant de l'Hôpital de la Salpêtrière,

Qui nous a apporté une aide  
précieuse par ses conseils et  
sa documentation.

Nous le prions de croire à  
notre gratitude.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur MOLLARET

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses  
à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Claude Bernard.

et

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur BASTIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Claude Bernard

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour l'enseignement qu'ils nous ont donné et pour tout ce qu'ils ont fait pour nous tout au long de notre Internat.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Professeur Agrégé R. LAPLANE,

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de  
Paris,

Chargé de cours de Clinique Annexe de Pédiatrie  
et de Puériculture,

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

Qu'il veuille trouver ici  
l'expression de notre vive  
reconnaissance pour son ensei-  
gnement, et de notre profond  
respect.

A NOTRE MAITRE,

Monsieur le Docteur R. MALLET,

Médecin de l'Hôpital Hérold

En témoignage de fidèle  
attachement, et avec notre  
respectueuse gratitude pour  
la documentation qu'il a bien  
voulu nous laisser utiliser  
pour cette thèse.

A LA MEMOIRE  
du Professeur J. CASTAIGNE,  
Directeur Honoraire de l'Ecole de Médecine  
de Clermont-Ferrand

Qui fut pour nous un guide précieux.

A Monsieur le Professeur P. CASTAIGNE  
Professeur de Clinique des Maladies du Système  
nerveux à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de la Salpêtrière.

En témoignage de gratitude  
respectueuse pour l'intérêt  
qu'il nous a témoigné et les  
conseils qu'il nous a donnés.

A NOS MAÎTRES  
DANS LES HÔPITAUX DE PARIS,

Internat :

Monsieur le Docteur JANET,  
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Monsieur le Docteur SALET,  
Médecin de l'Hôpital Bretonneau

Externat en Premier :

Monsieur le Docteur UHRY,  
Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Monsieur le Docteur FOUQUET,  
Médecin de l'Hôpital de la Salpêtrière

Externat :

Monsieur le Professeur GOSSET,  
Professeur de Clinique Chirurgicale à  
la Faculté de Médecine de Paris,  
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine

Monsieur le Professeur SOULIE,  
Professeur de Clinique Médicale à la  
Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Professeur DEPARIS,  
Professeur d'Hygiène et de Médecine  
Préventive à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin de l'Hôpital Bicêtre.

En témoignage de notre reconnais-  
sance respectueuse pour leur ensei-  
gnement.

A NOS MAITRES  
de Clermont-Ferrand :

A la mémoire

du Professeur Georges PATURET,  
Doyen de la Faculté de Médecine,  
Professeur d'Anatomie

du Professeur Henri PAILLARD,  
Professeur de Clinique Médicale,  
Médecin des Hôpitaux

du Professeur Georges ACKERMANN,  
Professeur de Pathologie Interne,  
Médecin des Hôpitaux

Qui nous guidèrent au début  
de nos études de médecine, et  
dont nous gardons un souvenir  
ému.

A Monsieur le Professeur CUVELIER,  
Doyen de la Faculté de Médecine,  
Professeur d'Hydrologie

A Monsieur le Docteur GRIVEAUD,  
Médecin des Hôpitaux

En souvenir de notre exter-  
nat dans son service.

A Monsieur le Professeur WILLEMIN-CLOG,  
Professeur de Clinique Médicale Infantile

En témoignage de gratitude  
pour son enseignement lors de  
notre stage de Pédiatrie.

A Monsieur le Professeur DASTUGUE,  
Professeur de Chimie Biologique



TROUBLES DU COMPORTEMENT  
ET DELINQUANCE JUVENILE  
ETUDE DES FACTEURS ETIOLOGIQUES  
CHEZ LE GARÇON DE 14 A 18 ANS

-:-:-



## INTRODUCTION

-:-

C'est avec une fréquence très grande que les troubles du comportement sont observés en Neuro-Psychiatrie infantile. Des liens manifestes et étroits les unissent à la délinquance. Nous avons tenté de préciser ce que sont les facteurs capables de les faire naître ou d'amener un enfant à franchir les limites que la loi fixe à l'être humain vivant dans notre Société.

Ces enfants et adolescents font partie d'un groupe plus vaste, celui des inadaptés sociaux. "Est inadapté (JOURNEL) le sujet que le déficit de sa santé ou de son intelligence, que les troubles de son affectivité, de son caractère ou de son comportement empêchent de s'insérer, sans une aide particulière, dans le milieu où il doit vivre".

Une étude faite en 1952 par le Ministère de la Santé Publique et de la Population apportait, dans ce domaine des jeunes inadaptés, les chiffres suivants :

- Inadaptés physiques graves  
de moins de 20 ans ..... 33.215
- Débiles mentaux de 7 à 17 ans ..... 735.521
- Caractériels de 7 à 17 ans ..... 1.512.923  
(1.079.143 de 7 à 14 ans,  
433.780 de 15 à 17 ans)

Bien que des troubles du comportement puissent se voir dans les deux premières fractions, c'est naturellement surtout la dernière qui est en cause. Elle apparaît numériquement considérable même si on ne tire qu'un ordre de grandeur des chiffres qui précèdent. En regard, le nombre de ceux qualifiés de délinquants apparaît faible. Mais il est en progression.

Ici encore, il convient de préciser les limites de ce groupe. Est délinquant (MOENE) tout sujet commettant une violation de la loi l'exposant à une sanction pénale : qu'il s'agisse d'une contravention de simple police, d'un délit correctionnel ou d'un crime. En pratique, on retiendra seulement les infractions des deux derniers types. Le terme de "juvénile" implique qu'elles soient commises entre l'âge de raison (7 ou 8 ans) et 18 ans. Si l'on ajoute à ces mineurs les "vagabonds" de moins de 18 ans, on arrive aux chiffres suivants (enfants ou adolescents traduits dans l'année devant le tribunal) :

|                          |        |      |        |
|--------------------------|--------|------|--------|
| 1920                     | 18.569 | 1946 | 28.568 |
| 1925                     | 12.932 | 1947 | 26.841 |
| 1930                     | 12.374 | 1948 | 27.638 |
| 1935                     | 11.035 | 1949 | 22.761 |
| 1939                     | 12.165 | 1950 | 19.239 |
| 1940                     | 16.937 | 1951 | 16.261 |
| 1941                     | 32.327 | 1952 | 15.823 |
| 1942                     | 34.781 | 1953 | 15.352 |
| 1943                     | 34.127 | 1954 | 14.833 |
| 1944                     | 23.384 | 1955 | 15.506 |
| 1945                     | 17.578 | 1956 | 16.594 |
| (Ce chiffre est faussé   |        | 1957 | 18.323 |
| par les procès de la Li- |        | 1958 | 18.900 |
| bération et la mise en   |        | 1959 | 22.123 |
| place des nouveaux tri-  |        |      |        |
| bunaux pour enfants)     |        |      |        |

Après la rétrocession des lendemains de la guerre, il existe donc une inquiétante remontée, qui est supérieure à l'accroissement de la population totale chiffré à 4,5 p.cent. De plus, sa prédominance dans la tranche d'âge de 16 à 18 ans porte sur des classes non encore influencées par l'augmentation de la natalité. De 5 p.cent de la delinquance générale, la délinquance juvénile est passée à 9,4 p.cent. A l'étranger aussi, une évolution analogue se produit. En Belgique, par exemple, les chiffres sont les suivants :

|                   | 1939  | 1942  | 1950  | 1951  | 1952  | 1953  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mineurs jugés     | 2029  | 5110  | 2572  | 2370  | 2499  | 2172  |
| Adultes condamnés | 31900 | 56332 | 32201 | 32506 | 34280 | 30361 |

|                   | 1954  | 1955  | 1956  | 1957  | 1958  | 1959  |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Mineurs jugés     | 2379  | 2060  | 2510  | 2119  | 2444  | 2663  |
| Adultes condamnés | 28174 | 28292 | 28962 | 28076 | 28703 | 30386 |

Ce sont surtout les classes de 13 à 16 ans qui sont responsables de la hausse (RACINE).

Dans le cadre d'une enquête menée par la Direction de l'Education surveillée, des fiches furent établies en 1959, pour rechercher les facteurs médicaux, psychologiques et sociologiques à l'origine de la délinquance chez les garçons de 14 à 18 ans. Nous adressons l'expression de notre gratitude à Monsieur le Docteur BIZE et à Monsieur le Directeur du Centre de Formation et d'Etudes de l'Education Surveillée à Vaucresson, à la bienveillance desquels nous devons de pouvoir nous pencher sur les résultats de cette enquête. Avec des normes identiques, nous avons procédé au dépouillement de dossiers d'enfants non délinquants, présentant des troubles du comportement.

Ce travail comportera donc deux parties :

1°- Une analyse des données bibliographiques relatives à l'étiologie de la délinquance et des différents troubles du comportement dans le cadre de l'inadaptation sociale (travaux de langue française essentiellement);

2°- Une comparaison des résultats de l'enquête menée par la Direction de l'Education surveillée sur un groupe de 450 délinquants de 14 à 18 ans, et de celle relative à notre propre groupe de référence sur 113 garçons du même âge non délinquants atteints de troubles du comportement. Ils étaient hospitalisés à la Clinique de Neuro-Psychiatrie infantile de la Salpêtrière de notre Maître, le Professeur MICHAUX, ou se trouvaient à l'Institut Théophile Roussel de Montesson. Nous remercions Monsieur le Docteur MISES et Monsieur le Directeur de cet établissement de nous avoir donné la possibilité de voir ces

enfants. Nous adressons aussi l'expression de notre gratitude à Monsieur le Docteur MALLET qui, dans son Service de Pédiatrie de l'Hôpital Hérold, nous a autorisé à rechercher, chez des enfants non sélectionnés pour des troubles caractériels, divers éléments de comparaison.

## HISTORIQUE

- 3 -

Dans la délinquance, l'enfant n'a d'abord guère été distingué de l'adulte. Dans l'ensemble, le criminel fut d'abord étudié dans ses caractères physiques, et peu à peu s'est dégagée la part fort importante des facteurs psychologiques et sociaux dans la criminogénèse.

Parmi les représentants de la première ligne de pensée, citons GALL (1825) et sa phrénologie cranoscopique ; puis avec ESQUIROL (1838) et GEORGET, la psychiatrie gagne du terrain grâce à la théorie des monomanies, en particulier la monomanie instinctive. PRITCHARD parle de folie morale, TRELAT de folie lucide (1861). MOREL, en 1856, établit des rapports étroits entre la criminalité et la dégénérescence. A la suite des travaux de BROCA (1865), on étudie le crâne des criminels. LOMBROSO fait une étude anthropologique complète de ces sujets et les rapproche des races primitives, dont "le criminel représente un vestige". Dans l'"Uomo délinquant" (1876), il distingue des traits physiques, intellectuels et moraux, et classe les criminels en criminels nés (fous moraux et épileptiques) et les criminels par passion (qui sont des criminels d'occasion). MAGNAN s'oppose à cette théorie atavique, après des travaux comparatifs entre l'enfance normale et celle des dégénérés, délinquants et criminels. La dégénérescence, par hérédité psychopathique, syphilitique ou alcoolique, pré-

dispose à des délires ou des actes antisociaux. Les anomalies se manifestent déjà chez l'enfant. LEGRAIN (1894) étudie les rapports de la dégénérescence et de la criminalité. DUPRE, dans son Rapport de 1912, donne sa classification des perversions instinctives, anomalies constitutionnelles dominées par l'inaffectivité. Il est des pervers intelligents (esprits fous, vaniteux et instables) et des pervers débiles (brutes déchaînées). Il y a plusieurs degrés de perversion. Il y a toujours récurrence et incorrigibilité, mais la tendance à l'acte n'implique pas la fatalité à l'action : les pervers sont constitutionnellement inadaptés, mais il faut des circonstances favorables pour qu'ils deviennent délinquants ou criminels. REGIS, FONQUERNIE (1906), COLOMIER (1912) étudient chez les jeunes détenus la perversion constitutionnelle du sens moral.

Pourtant, divers courants s'écartaient de cette conception des constitutions. En 1890, JOLY soulignait le rôle des dissociations familiales ; KURELLA insistait sur les troubles affectifs ; FERRI, DURKHEIM, DECROLY, SOLLIER s'attachaient au rôle du milieu social. En 1914, le Pr. HEUYER dit que la délinquance du mineur est moins de cause morale que sociale. L'épidémie d'encéphalite de Von ECONOMO (1918-1920) a montré le rôle quasi expérimental que peut jouer une affection neurologique acquise dans la perversion des instincts. Mais ces anomalies acquises sont souvent psychogènes (enfants pervertis de COLLIN), marquées de réactions d'imitation (JOLY), ou d'opposition (HEUYER et DUBLINEAU), voire de révolte (CODET). Les éléments du milieu jouent alors un rôle essentiel.

L'apport des données psychanalytiques est venu ouvrir des perspectives nouvelles sur

la délinquance de l'enfant et de l'adolescent, et le mode d'action du milieu de vie. FREUD montre que l'évolution affective, surtout celle des premières années de l'existence, et l'ambiance dans laquelle elle est vécue, pèsent considérablement sur l'activité quotidienne et l'adaptation à la vie sociale. Tandis que FREUD incrimine les traumatismes affectifs de la petite enfance, ALDER insiste sur le sentiment d'infériorité. Les travaux d'ALEXANDER et STAUB, ceux d'AICHHORN sont dans la même ligne que ceux des auteurs précédents. SPITZ, puis BOWLBY s'attachent à préciser les corrélations entre les premiers stades du développement d'un sujet et les troubles qu'il présente ultérieurement. Nombre de travaux de criminologie se rattachent à ce groupe (ZILLBORG, CARROLL, LAGACHE, LEBOVICI, MALE et PASCHE, CENAC et LACAN, etc...). Tout ce courant ne peut que confirmer la continuité qui, déjà, se dégageait des travaux antérieurs à la psychanalyse entre troubles du comportement de tous types et délinquance.

Au-delà de cette étude de la personnalité individuelle du criminel, des sociologues, tel SUTHERLAND, mettent l'accent sur son milieu socio-culturel. Il en est de même pour SZABO dans sa thèse "La ville et le crime". DOLLARD tente une systématisation psychosociologique, toute agression (et aussi la punition) étant la conséquence d'une frustration sociale. Le point de vue pavlovien du conditionnement est dominé dans ce domaine par le rôle du milieu socio-économique.

L'introduction à la criminologie de de GREEF s'inspire des travaux de KRETSCHMER.

On voit la diversité des opinions. En fait, pour le Pr. HEUYER, l'hérédité et les divers éléments de l'ambiance ne sont pas séparables. Ils ne coexistent pas seulement, ils s'intriquent et convergent vers le même enfant, jouant dans des proportions inégales suivant les cas. Le professeur MICHAUX individualise, avec GALLOT et BUREAU, en 1946, parmi les perversions occasionnelles, les perversions réactionnelles ou conditionnées qui sont à la base des troubles du comportement antisocial d'enfants et d'adolescents, qu'il s'agisse ou non de délinquants. Elles sont la résultante complexe d'hérédité pathologique, de troubles affectifs d'origine familiale, de situations sociales frustrantes. Tous les travaux aboutissent à mettre en évidence la coexistence de nombre de facteurs héréditaires, affectifs, familiaux, sociaux, culturels et économiques. Ceci est valable à propos d'études électives (dissociation familiale, MENUT, 1943), ou d'enquêtes générales (Pr. HEUYER, 1942 - S. et E. GLUECK, aux U.S.A.). La thèse d'HONORE, en 1957, se situe dans la même ligne. Madame CHOMBART de LAUWE étudie, dans un esprit analogue, les conditions de vie de l'enfant et de sa famille, et les facteurs parentaux à l'origine de l'inadaptation.

Toutes ces recherches permettent, en comprenant mieux leur genèse, d'aborder avec une efficacité croissante, la prévention des troubles de la santé mentale et de la délinquance de l'enfant et de l'adolescent.

## PREMIERE PARTIE

-:-

### DONNEES BIBLIOGRAPHIQUES

-:-

Nous regrouperons les divers facteurs incriminés dans la survenue des troubles du comportement ou de la délinquance, en envisageant successivement :

I - Les facteurs familiaux : cellule d'où naît l'enfant et au sein de laquelle il se développe, la famille peut influencer sur lui de bien des façons : par ses parents (en tant qu'individus et que couple), ses frères et soeurs, le milieu socio-professionnel, les conditions de logement et d'ambiance régnant au foyer.

II - Les facteurs personnels : par son patrimoine héréditaire et sa vie dans cette cellule familiale (à moins qu'il n'en soit écarté par des placements), l'enfant se construit une personnalité propre. Qu'il s'agisse d'éléments somatiques, intellectuels ou psychologiques, ils peuvent être en cause ici.

III - Enfin les facteurs sociaux : au fur et à mesure de sa croissance, l'enfant est de plus en plus confronté avec des données extra-familiales, et avec la vie sociale à laquelle il va avoir à s'adapter. L'ambiance de la rue, du quartier, la vie à l'école ou dans le milieu de travail, et les loisirs, en sont les plus importants.

-:-

## FACTEURS FAMILIAUX

-:-

### A - LES GRANDS-PARENTS

Certains auteurs, notamment HEUYER et S. et E. GLUECK, se sont efforcés, malgré les difficultés d'une telle enquête, de préciser dans quel foyer les parents avaient été élevés, de quelle souche ils étaient issus.

1°- HEUYER, dans son enquête sur 400 délinquants, rencontre des antécédents :

- d'alcoolisme dans 1/3 des cas environ,
- de tuberculose dans 1 cas sur 10,
- de syphilis dans 1 cas sur 20

Il relève aussi la fréquence des troubles du comportement, tandis que les maladies mentales et les suicides sont plus rares.

2°- S. et E. GLUECK ont comparé, à Boston, 500 jeunes délinquants et 500 garçons du même âge, de même origine ethnique, de même intelligence et de même milieu social (faubourgs populeux). De l'étude des grands-parents dans ces deux groupes se dégagent les points suivants :

- même situation sociale de pauvreté ou quasi-pauvreté,
- pas de différence notable au point de vue pathologique,
- même fréquence de déficience intellectuelle dans les souches paternelles (10 p.cent), mais non dans les souches maternelles :

- 1 cas sur 4 chez les délinquants
- 1 cas sur 7 chez les non délinquants.
- Différence de fréquence de troubles psychiques entre les souches d'origine : du côté du père,  $1/4$  chez les délinquants contre moins de  $1/5$  chez les non délinquants ; de la mère : fréquence double chez les délinquants par rapport aux non délinquants.
- L'alcoolisme chronique existait dans une famille sur deux chez les pères des délinquants et des non délinquants. Il en était de même dans  $1/4$  des cas chez les délinquants contre  $1/3$  chez les non délinquants, en ce qui concerne la mère.
- Des antécédents de délinquance existaient du côté du père chez  $4/10$  des délinquants et  $3/10$  des non délinquants ; du côté de la mère, dans 1 cas sur 2 pour les délinquants et 1 sur 3 pour les non délinquants.

3° - Madame CHOMBART de LAUWE a fait son enquête sur les troubles du comportement et l'inadaptation chez des enfants de la région parisienne. Elle trouve chez les grands-parents 20,5 p.cent de tendances psychopathiques dans l'une ou l'autre lignée, et dans 4,4 p.cent des cas il y en avait dans les deux.

## B - LES PARENTS

1) Tous les auteurs s'accordent à retenir tout d'abord la fréquence de l'alcoolisme. Pour HEUYER, il se trouve dans :

- 33 p.cent des cas chez le père,
- 5,9 p.cent des cas chez la mère,
- 10,3 p.cent des cas chez les deux  
soit au total :  
49,2 p.cent

En 1939, il est rencontré dans 60 p.cent des familles de mineurs de la Maison d'Education Surveillée de Fresnes.

PERRIN, en 1946, à Nantes, en trouve 76 p.cent.

En 1952, à l'établissement d'Education Surveillée de St-Maurice, sur 233 garçons de 16 à 20 ans, le taux d'éthylisme familial était de 40 p.cent. En 1952 également, une enquête a été faite par le Centre de Formation et d'Etude de l'Education Surveillée dans les Centres d'Observation de mineurs délinquants de Paris, Lyon et Marseille. L'alcoolisme des parents a été retrouvé 404 fois sur 1571 cas (26 p.cent) (286 fois le père, 50 fois chez la mère, 68 fois chez les deux). Cette enquête enfin a montré des différences suivant les régions : 31 p.cent pour Paris, 37 p.cent pour Lyon, 17 p.cent pour Marseille.

En 1953, une autre enquête a été menée par l'Institut National d'Etudes Démographiques sur 500 dossiers. L'alcoolisme existait dans 42,5 p.cent des cas, soit 154 fois chez le père, 25 fois chez la mère, 23 fois chez les deux.

Au total, on peut admettre que, dans une proportion qui peut excéder la moitié, les jeunes délinquants sont issus d'une famille où l'alcoolisme chronique se rencontre le plus souvent chez le père, mais parfois chez la mère ou les deux parents.

## 2) Etat de santé physique des parents

HEUYER trouve une fréquence de :

- tuberculose 15,46 p.cent
- syphilis 2,16 p.cent
- affections neurologiques 2,3 p.cent
- affections graves diverses 9,35 p.cent

S. et E. GLUECK considèrent également que les antécédents pathologiques parentaux sont plus fréquents chez les délinquants que chez les non délinquants.

Actuellement, ces données ne concernent plus tellement la syphilis, devenue plus rare, ni même la tuberculose, que les infirmités graves ou les maladies prolongées, quelle qu'en soit l'origine. Il est certain, en effet, que la présence d'un grand invalide au foyer, y perturbe considérablement la vie quotidienne. Mais ce facteur étiologique reste au second plan.

### 3) Déficiences intellectuelles et mentales

HEUYER, pour ses 400 délinquants, retrouve dans 46,8 p.cent des cas, des troubles du caractère chez les parents (Père = 17,8 ; Mère = 12,7 ; les deux = 16,3), et dans 8,73 p.cent des cas des troubles mentaux.

Avec lui, soulignons ce que représente pour le reste de la famille la vie avec certains de ces sujets vrais "bourreaux domestiques", pervers constitutionnels, réservant électivement leur malignité pour les seuls membres de leur foyer. De plus, ils sont souvent aussi alcooliques, et présentent des prédispositions paranoïaques.

12,65 p.cent des parents de ces délinquants étaient débiles (Père 3,6 , mère 7, les deux = 2,05).

De plus, 9,93 p.cent avaient eux-mêmes été délinquants, et 35 p.cent avaient une conduite amoral.

S. et E. GLUECK signalent que les pères et mères des délinquants présentaient beaucoup plus que ceux des non délinquants des troubles affectifs, un retard intellectuel,

des antécédents d'actes délictueux ou criminels. Leur comportement social était beaucoup moins satisfaisant : 5 fois plus de médiocres travailleurs, recours fréquents à l'aide financière d'organismes publics ou privés.

Mme CHOMBART de LAUWE, dans son enquête, a recherché chez les parents des "tendances psychopathiques". Ce terme est volontairement imprécis, car du fait des conditions de l'enquête, il recouvre des tendances psychopathiques ou névropathiques, ou une inadaptation sociale grave. 22,7 p.cent des enfants ont un père ou une mère "psychopathe" et pour 5,8 p.cent ce sont les deux parents.

69,1 p.cent des parents normaux sont eux-mêmes issus d'ascendants normaux. Par contre, 30,9 p.cent des parents psychopathes seulement ont une ascendance normale. Cette tendance au déséquilibre se répète donc au cours des générations, et s'objective aussi dans le fait que 1/4 des familles ont dû faire traiter plusieurs de leurs enfants. Les psychopathies parentales se rencontrent plus fréquemment dans les familles dissociées, et chez les enfants qui ont eu à subir des changements de milieu familial. Elles n'ont pas de lien statistique avec le surpeuplement du logement. Elles sont également réparties dans les milieux ouvriers, employés et intermédiaires I. En revanche, on en trouve nettement moins pour les enfants issus des intermédiaires II, catégorie où par contre les états dépressifs sont plus fréquents et l'alcoolisme plus rare. Il y en a une proportion particulièrement élevée dans le groupe des "inaptes au travail" qui réunit des invalides, des malades mentaux, des chômeurs professionnels et des délinquants.

Chez l'enfant, la nervosité, l'instabilité, les autres manifestations psychomotrices sont plus fréquentes s'il y a une psychopathie parentale. Quand il en est ainsi, on trouve en outre 4 fois plus d'enfants tristes et déprimés, 2 fois plus d'enfants ayant des obsessions, plus d'enfants coléreux et opposants. 80 p.cent des fugueurs ont une telle hérédité. Surtout dans les milieux ouvriers et employés, la psychopathie parentale renforce la corrélation entre la dissociation familiale et l'inadaptation scolaire.

En conclusion, ces facteurs méritent donc une place particulière du fait de leur fréquence. Ils peuvent agir par des mécanismes héréditaires et par le jeu des conditions de vie et de développement de l'enfant. Il importe d'ailleurs de souligner que l'intoxication alcoolique ne s'établit et ne se pérennise souvent chez les parents qu'en raison des perturbations de leur personnalité. Suivant les cas, il peut s'agir d'une débilité aggravant par la suggestibilité les risques de certaines professions, de psychopathies ou de troubles névrotiques (ces sujets cherchent alors là un dérivatif ou une compensation à leurs propres difficultés ou à celles qu'ils font naître dans leur foyer). Quant aux psychoses, elles sont rarement à l'origine de l'intoxication éthylique.

#### 4) Le couple parental

a - Sa structure est un facteur de première importance étudié par beaucoup d'auteurs surtout dans les familles de délinquants.

S. et E. GLUECK constatent dans le groupe faisant l'objet de leur enquête que 2 délinquants sur 10 (et 1 non délinquant sur 10) avaient été conçus hors mariage. Après la nais-

sance de l'enfant, la situation n'avait pas été régularisée pour 31/500 des délinquants contre 11/500 des non délinquants. 6/10 des foyers des premiers contre 3/10 des foyers des seconds s'étaient dissociés, et ceci dans plus de 50 p.cent des cas, avant l'âge de 5 ans pour les délinquants, et moins de 50 p.cent pour les non délinquants. Cette brèche dans le groupe familial avait plus souvent amené dans le premier groupe l'abandon de l'enfant à la naissance ou à la separation des parents. Par contre, dans le second groupe, la dissolution du lien familial relevait surtout de la mort, parfois d'un divorce, d'une séparation, d'une hospitalisation prolongée. Aussi, dans l'ensemble, l'enfant avait pu être élevé par 1 ou les 2 parents pour 9/10 des non délinquants et 1/2 des délinquants.

HEUYER (enquête faite entre 1936 et 1940) retrouve une dissociation familiale dans 88 p.cent de ses cas (chiffre qu'il rapproche de celui de BRIDGEMAN : 75 p.cent).

- |                                                          |              |                            |
|----------------------------------------------------------|--------------|----------------------------|
| - Divorces                                               | 11,6 p.cent) | 34,2 p.cent                |
| - Séparations                                            | 22,6         | (15 p.cent pour BRIDGEMAN) |
| - Décès des 2 parents 4 p.cent (5 p.cent pour BRIDGEMAN) |              |                            |
| - Décès de l'un des 2                                    | 30 p.cent    |                            |
| - Remariage d'un des 2                                   | 21 p.cent    |                            |
| - Remariage des deux                                     | 0,5 p.cent   |                            |
| - Concubinage d'un parent                                | 18 p.cent    |                            |
| - Concubinage des 2                                      | 2,3 p.cent   |                            |
| - Maladie                                                | 7 p.cent     |                            |
| - Mécontentement                                         | 2,5 p.cent   |                            |
| - Anomalies complexes                                    | 60,5 p.cent  |                            |

A signaler aussi que dans 20 p.cent des cas il s'agit d'enfants naturels.

BOURRET et THEVENIN, enquêtant sur la délinquance juvénile dans la région lyonnaise de 1945 à 1948, trouvent, pour 1.172 enfants examinés, 838 familles dissociées (80 p.cent environ).

MERRILL et MAUD, en 1947, donnent le tableau comparatif suivant :

|                            | <u>Délinquants</u> | <u>Non délinquants</u> |
|----------------------------|--------------------|------------------------|
| Parents ensemble           | 49,3               | 73,3                   |
| Parents divorcés           | 6,2                | 2,5                    |
| Parents remariés           | 8,9                | 2,9                    |
| Vivant séparés             | 7,6                | 2,9                    |
| Désertion du foyer         | 2,4                | 0                      |
| Mère décédée               | 5,1                | 5,8                    |
| Père décédé                | 12                 | 7,9                    |
| Père + mère décédés        | 2,7                | 1,1                    |
| Père décédé, mère remariée | 2,7                | 3,6                    |
| Mère décédée, père remarié | 3,1                | 0                      |

On peut signaler dans le même ordre d'idée la rareté de la délinquance dans la population Chinoise de San Francisco qui garde une structure familiale solide de type traditionnel comme c'est le cas aux Indes, en Egypte, en Syrie, etc...

THEVENIN et COLIN, en 1943, insistaient chez les délinquants sur la fréquence de l'absence du père (captivité de guerre, et aussi : la mort 3 p.cent, la maladie 4 p.cent, la détention 2 p.cent, les raisons professionnelles) ou sur son remplacement par un beau-père, un concubin, des amis (18 p.cent).

POROT, lors d'une enquête en 1948, sur 654 délinquants (525 garçons, 129 filles) ne trouvait que 1/3 de foyers normalement structurés,

et encore "derrière ces apparences se cachaient bien souvent de tristes réalités". Regroupant un certain nombre de statistiques, il donne le tableau suivant :

| Pays     | Date | Nom auteur | Nbre de délinquants | Sexe   | % foyers dissociés + carence affective |
|----------|------|------------|---------------------|--------|----------------------------------------|
| U.S.A.   | 1926 | HEALY      | 4.000               |        | 50 %                                   |
|          | 1926 | SLAWSON    | 1.649               | G      | 45 %                                   |
|          |      | SHIDELER   | 7.598               | G      | 50 %                                   |
|          | 1929 | BURT       | 200                 | G<br>F | 23 %<br>26 %                           |
|          | 1932 | ARMTRONG   | 660                 | G      | 45 %                                   |
| Belgique | 1929 | RACINE     | 300                 |        | 42 %                                   |
| Suède    | 1941 | AHNSJÖ     | 1.660               | F      | 25 %                                   |
|          | 1946 | OTTERSTRÖM | 1.315               | G      | 42 %                                   |
|          |      |            | 300                 | F      | 65 %                                   |

VERVAECK, en 1935, trouvait 65 p.cent de foyers dissociés dans les familles de délinquants.

GAMET, de Lyon (Thèse : "L'enfant coupable"), trouve sur 1.000 cas, entre juillet 1938 et septembre 1941, 55 p.cent de dissociations.

DOS SANTOS : 72 p.cent de dissociation dans un groupe de 500 garçons confiés au patronage de l'enfance et de l'adolescence.

Il ressort donc de ces différentes statistiques que la proportion de la dissociation du foyer est très forte chez l'enfant délinquant (de 50 à 80 p.cent). A titre de comparaison, en 1947, MADOW et HARDY la chiffreraient entre 11 et 15 p.cent dans un groupe de contrôle normal.

b - Nous allons voir qu'elle est aussi fréquente en cas de troubles du comportement sans délinquance.

MENUT, dans sa thèse, en 1943, étudie le rôle de la dissociation familiale dans les troubles du caractère chez 839 enfants suivis dans le Service du Professeur HEUYER. (Il a écarté ceux dont l'âge mental est inférieur à 7 ans, ceux atteints d'une affection organique : épilepsie, encéphalite). Il les étudie comparativement à 69.155 enfants des écoles de Paris en 1942-43, dont 8.160 appartenaient à divers types de foyers dissociés (soit 11,8 p.cent contre 65,6 p.cent dans le groupe pathologique). La répartition était la suivante :

|                                                                                | <u>Groupe<br/>Pathologique</u> | <u>Groupe<br/>normal</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Parents vivants et non séparés                                                 | 34,5                           | 88                       |
| Divorce ou séparation sans remariage                                           | 8                              | 1,9                      |
| Divorce ou séparation avec remariage ou concubinage du parent gardant l'enfant | 11,5                           | 0,7                      |
| Décès d'un parent sans remariage                                               | 13                             | 6,35                     |
| Décès d'un parent avec remariage ou concubinage                                | 15                             | 1,55                     |

|                                                         | <u>Groupe</u><br><u>Pathologique</u> | <u>Groupe</u><br><u>normal</u> |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|
| Décès des deux<br>parents                               | 8                                    | 0,65                           |
| Enfant naturel avec<br>mère seule                       | 2                                    | 0,2                            |
| Enfant naturel avec<br>mère mariée ou en<br>concubinage | 8                                    | 0,65                           |

Bien souvent, la dissociation familiale a été la cause même des troubles. Bien que ce fait soit extrêmement difficile à apprécier, l'auteur pense que dans 55 p.cent des cas elle est intervenue soit d'une façon prépondérante (20,5 p.cent des cas), soit au même titre que d'autres facteurs (34,5 p.cent des cas). Pour les autres enfants, la famille paraissait normale ou si la dissociation existait, elle ne jouait qu'un rôle accessoire dans les troubles. Dans les 34,5 p.cent où elle est intervenue au milieu d'autres facteurs, elle est cependant souvent responsable directement de leur déclenchement. Ils étaient latents et ne seraient probablement pas apparus dans un milieu normal.

La dissociation peut amener n'importe quel trouble, certains étant plus fréquents : enfants difficiles, fumeurs, énurésie, accidents pithiatiques. Le plus souvent, les troubles apparaissent par l'intermédiaire d'une réaction d'opposition.

Dans le déterminisme du trouble, il est important de souligner le rôle du comportement antérieur. L'imaginatif est amené au mensonge, à la mythomanie ou à la rêverie ; ceux qui étaient déprimés et anxieux le deviennent davantage ; les instables fuguent ; les paranoïa-

ques deviennent opposants et se comportent parfois en vrais bourreaux familiaux. S'il existait des tendances perverses, elles se manifestent. Le décès d'un des parents est probablement moins traumatisant pour l'enfant qu'un divorce. Les situations les plus défavorables sont celles où le parent absent est remplacé.

|                       | Pas de remplaçant | Presence d'un remplaçant | Orphelin des 2 parents |
|-----------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|
| Troubles du caractère | 35 %              | 53 %                     | 12 %                   |
| Population témoin     | 70,4 %            | 24,2 %                   | 5,4 %                  |

MENUT cite la thèse de NERON sur l'enfant vagabond (Service du Pr. HEUYER) ; il y a 70 p.cent de familles anormales.

En 1944 (Ministère Britannique de la Santé Publique), sur 418 enfants difficiles, évacués des villes de Grande-Bretagne pendant la guerre, 45 p.cent provenaient de foyers dissociés, 25 p.cent de foyers où les conditions de vie étaient mauvaises, et 30 p.cent de foyers intacts ou suffisamment harmonieux.

AMADO constate 75 p.cent de dissociations familiales de types variés et de causes multiples, morales et matérielles, chez les parents d'enfants présentant des troubles du comportement.

PARROT et GUENEAU signalent que chez les adolescents de bande, il y a environ 50 p.cent de foyers dissociés, par le divorce (20 p.cent) l'absence ou le décès d'un des parents, la prostitution apparaissant comme une cause fréquente d'anomalie dans la situa-

tion parentale.

Melle KHOURI (Thèse 1950) trouve 43 p.cent de foyers dissociés en cas de troubles du comportement.

Mme CHOMBART de LAUWE arrive à des conclusions analogues :

- Fréquence des dissociations familiales dans ses divers groupes :

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| Gauchers (formant un groupe quasi-témoin) | 20 p.cent |
| Troubles du comportement                  | 42 "      |
| Retard du développement                   | 30 "      |
| Débiles                                   | 48 "      |

A titre de comparaison pour l'ensemble de la Seine, les familles ayant des enfants étaient composées, dans 77 p.cent des cas, de parents mariés, et dans 23 p.cent de personnes veuves ou divorcées (il y aurait lieu de tenir compte d'un faible pourcentage de mères célibataires, et distinguer dans les parents mariés le cas où il y a un nouveau conjoint).

Quant au milieu familial où vivait l'enfant atteint de troubles du comportement, il était constitué comme suit :

|                                                    |          |
|----------------------------------------------------|----------|
| - Présence des 2 parents sans difficulté apparente | 57       |
| - Présence des 2 parents mais difficultés          | 9        |
| - Présence d'un seul parent                        | 15       |
| - 1 conjoint n'est pas parent de l'enfant          | 14       |
| - Absence des deux parents                         | <u>5</u> |
|                                                    | 100      |

L'auteur tente de préciser les relations entre cette structure du couple parental et d'autres variables :

a) catégorie socio-professionnelle du père (plus de familles normales lorsque le revenu augmente) :

|                                    | <u>Structure normale</u> | <u>Structure perturbée</u> | <u>Total</u> |
|------------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|
| Ouvriers                           | 66                       | 34                         | 100          |
| Employés                           | 72                       | 28                         | 100          |
| Intermédiaires I                   | 75                       | 25                         | 100          |
| Intermédiaires II et hauts revenus | 88                       | 12                         | 100          |
| Hors catégorie                     | 53                       | 47                         | 100          |
| Inaptes au travail                 | 44                       | 56                         | 100          |

b) Surpeuplement du logement (il facilite la mésentente) :

|                     | Les 2 parents ensemble | Id.mais mésentente | 1 seul parent | 1 des conjoints n'est pas parent |
|---------------------|------------------------|--------------------|---------------|----------------------------------|
| Personnes par pièce | 2,1                    | 2,6                | 2,2           | 2,3                              |

c) Anomalies de structure familiale chez les grands-parents :

Les parents désunis proviennent de familles qui l'étaient plus souvent elles-mêmes :

| Famille de l'enfant                     | Les 2 parents ensemble | Id.mais mésestante | Séparation Divorce | Mère célibataire |
|-----------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|------------------|
| Famille perturbée chez les gds. parents | 20 %                   | 23,5 %             | 30 %               | 33,3 %           |

Quand les 2 parents sont issus de foyers dissociés, les menaces de dissociation du foyer sont particulièrement grandes.

d) Tendances psychopathiques :

|                                    | Pas de tendances psychopathiques | Tendances psychopathiques | Total |
|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------|
| Familles normales                  | 60                               | 40                        | 100   |
| Familles volontairement dissociées | 34,5                             | 65,5                      | 100   |

La présence de tendances psychopathiques favorise donc la dissociation. La coexistence de plusieurs facteurs défavorables est particulièrement néfaste.

e) Madame CHOMBART de LAUWE étudie aussi les liens entre la structure familiale et les troubles présentés par l'enfant.

Les troubles psychomoteurs (instabilité psychomotrice, grande nervosité, tics, troubles

sexuels, tels masturbation fréquente et régulière) sont très fréquents mais plus particulièrement dans les familles où règne la mésentente. Il en est de même en ce qui concerne l'association de ces troubles. Ce sont là des points à souligner et qui ressortent bien du tableau suivant :

|                                                        | Famille<br>composée<br>des 2<br>parents | Les 2 pa-<br>rents mais<br>mésentente | Famille<br>de com-<br>position<br>perturbée |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| Nervosité, tics,<br>etc...                             | 24,2 %                                  | 36,1 %                                | 26 %                                        |
| Instabilité                                            | 23,2 %                                  | 39,7 %                                | 30 %                                        |
| Troubles se-<br>xuels                                  | 2 %                                     | 6 %                                   | 7,6 %                                       |
| Ensemble des<br>troubles psycho-<br>moteurs            | 55 %                                    | 69,8 %                                | 59 %                                        |
| Présence de trou-<br>bles psychomo-<br>teurs multiples | 14 %                                    | 30 %                                  | 16,5 %                                      |

(NYE, aux U.S.A., a également trouvé des corrélatons plus grandes entre les troubles psycho-somatiques, la délinquance et la vie dans un foyer comportant la présence des deux parents avec mésentente que pour les foyers franchement dissociés où les parents se sont séparés). Une figure parentale dévalorisée ou source de heurts et de déchirements pour l'enfant semble plus néfaste encore qu'une séparation franche.

|                         | Famille<br>composée<br>des 2 pa-<br>rents | Les 2 pa-<br>rents mais<br>mésen-<br>tente | Famille<br>de compo-<br>sition<br>perturbée |
|-------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Colères, vio-<br>lences | 16,7 %                                    | 30 %                                       | 20 %                                        |
| Mensonges               | 7,4 %                                     | 26,5 %                                     | 13,8 %                                      |
| Opposition              | 17 %                                      | 30 %                                       | 26,5 %                                      |

L'opposition est plus forte lorsqu'un des conjoints n'est pas parent de l'enfant (36 p. cent) que lorsque celui-ci se trouve privé de ses deux parents (26 p. cent) ou d'un des deux (18,7 p. cent). Quand un seul des enfants n'est pas du père de famille, l'opposition atteint alors la fréquence maxima (41 p. cent). L'enfant de la mère célibataire est plus souvent opposant que celui de la veuve ou du veuf.

Par contre d'autres troubles : l'inhibition, le repli sur soi, l'indifférence, la tristesse, la dépression, la peur, l'émotivité, se retrouvent dans 7 à 9 p. cent des cas dans tous les types de structure familiale. Il paraît s'agir de troubles en rapport avec des tempéraments particuliers.

La fugue et le vol sont plus fréquents lorsque la famille n'est pas normale. Dans le groupe des familles de composition perturbée, c'est la catégorie "un conjoint n'est pas parent de l'enfant" qui renferme la plus grande fréquence de cas : 22,5 p. cent, surtout si les conditions socio-économiques sont mauvaises.

|            | Famille<br>composée<br>des 2 pa-<br>rents | Les 2 pa-<br>rents mais<br>mésentente | Famille<br>de com-<br>position<br>perturbée |
|------------|-------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| Vol, fugue | 6,4 %                                     | 17 %                                  | 15,5 %                                      |

Les troubles scolaires : Ils sont très fréquents dans cette population (en 1954 : 42 p.cént). Malgré un quotient intellectuel souvent normal, il y a des retards de 1 ou 2 ans : ils s'associent ou non à ces troubles dans le milieu familial. L'étude de l'origine sociale montre que la mauvaise réussite scolaire préoccupe plus les milieux aisés. De plus, on est frappé par le nombre d'enfants ayant des difficultés scolaires venus de familles normales où l'on sait que les troubles psycho-moteurs sont les moins fréquents :

|                       | Famille<br>composée<br>des deux<br>parents | Les 2 pa-<br>rents<br>mais<br>mésentente | Famille<br>de com-<br>position<br>perturbée |
|-----------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Difficultés scolaires | 41,7 %                                     | 29 %                                     | 37,7 %                                      |

En fait, il s'agit de familles où l'équilibre du foyer va de pair avec un intérêt plus grand pour le travail scolaire de l'enfant, qui passe ailleurs au second plan des préoccupations en cas de troubles graves de la structure familiale.

Dans les milieux aisés (où la structure familiale est plus souvent normale si on excepte le groupe peu nombreux "hors catégorie" : voir statistique plus haut), l'inadaptation scolaire est beaucoup plus souvent remarquée par la famille. Par contre, dans les milieux ouvriers et employés, elle est plus souvent liée à une dissociation familiale ; elle est alors dépistée à l'école (et va de pair avec d'autres troubles), alors que dans les milieux aisés, ce sont surtout les parents qui prennent l'initiative de faire traiter l'enfant pour ses difficultés scolaires et les

familles sont plus souvent unies.

|                           | Ouvriers<br>et<br>employés | Interme-<br>diaires<br>I et II | Total |
|---------------------------|----------------------------|--------------------------------|-------|
| Présence des<br>2 parents | 39,4                       | 60,6                           | 100   |
| Dissociation              | 76,3                       | 23,7                           | 100   |

L'inadaptation scolaire légère des enfants de familles dissociées et des enfants de milieu ouvrier et employé apparaît plus souvent négligée par conséquent. Comme elle a un retentissement propre ultérieur, ce facteur semble important et devrait justifier des mesures appropriées.

Il résulte donc de toutes ces données que les proportions de foyers dissociés sont aussi très fortes en cas de troubles du comportement sans délinquance. Les chiffres sont voisins de ceux des familles de délinquants.

Le mode de dissociation est également identique, la seule statistique qui les détaille pour les troubles du comportement étant celle de MENUT.

Les divers auteurs retrouvent aussi les mêmes causes à ces dissociations. En dehors de celles particulières à la période de guerre, il s'agit de facteurs sociaux : bas niveau socio-économique, surpeuplement du logement, travail de la femme, absences professionnelles fréquentes de l'un des conjoints. Il s'agit aussi de facteurs médico-psychiatriques : alcoolisme, troubles caractériels, maladies, et d'antécédents d'échec conjugal à la génération précédente (grands-parents). Parmi les motivations psychologiques gênant la construction d'un foyer stable ou amenant

la mésentente aiguë ou latente, nous citerons : l'immaturité d'un des conjoints, la virilité de la femme ou la passivité de son époux, l'infantilisme de l'homme, l'attitude plus maternelle que conjugale de la femme vis-à-vis de son mari, une disharmonie sexuelle. A titre transitoire ou préluant à la séparation, il peut aussi y avoir une évasion compensatrice dans le travail, l'alcoolisme, le jeu, auprès d'un partenaire sexuel, vers des activités de type mondain, ou des affections psycho-somatiques.

Quelle que soit la cause de cette dissociation, parmi les multiples retentissements que tout ceci comporte pour l'enfant, nous insisterons sur la fréquence des placements, secondaires justement à cette destruction du foyer.

5) Il reste à préciser comment les facteurs parentaux peuvent marquer l'enfant. Ils interviennent essentiellement de deux façons :

- Il est d'abord des éléments biologiques et constitutionnels d'ordre héréditaire, qui sont encore fort mal connus. Nous insisterons en particulier sur le rôle classique de l'alcool, qu'il s'agisse d'une intoxication chronique ou d'un éthylisme aigu lors de la procréation. Nous insisterons aussi sur la transmission d'un certain nombre de tendances caractérielles (facteurs des psychopathies constitutionnelles).

- Mais il faut souligner le rôle majeur des facteurs psychologiques : tout au long de la vie de l'enfant au foyer, son développement est sous la dépendance du caractère et du comportement des personnes présentes autour de lui, au premier chef de ses parents. L'intrication est extrêmement fréquente avec des facteurs de la série précédente, et il est

souvent bien difficile de démêler un tel écheveau. C'est pourquoi nous envisagerons dans le paragraphe relatif aux facteurs personnels l'ensemble des perturbations du développement psychologique de l'enfant en rapport avec les facteurs parentaux.

## C - AUTRES FACTEURS FAMILIAUX

Mais les éléments constitutifs du foyer ne comprennent pas seulement l'enfant et ses parents. En ce qui concerne les personnes susceptibles d'y vivre, nous nous limiterons aux autres enfants (facteurs liés à la fratrie) et aux éléments de base jouant dans la vie familiale (logement, métier des parents, ambiance du foyer).

### 1) La fratrie

HEUYER insiste d'abord sur le nombre des enfants dans la famille des délinquants : 17,3 p.cent de ceux-ci sont des enfants uniques, et 34 p.cent sont issus de familles nombreuses. Il considère que ces dernières constituent un terrain propice à la délinquance, car habituellement il s'agit de familles à bas niveau de vie où les conditions de développement physique, mental et moral de chacun des enfants sont loin d'être les meilleures. Les cas ne proviennent pas de familles nombreuses unies et à ressources suffisantes, mais de foyers désunis, à vie mal organisée, manquant de ressources. Il y a des carences de surveillance et d'éducation et parfois même, dans le cadre familial, des incitations à la délinquance. Par ailleurs, chez les collatéraux des délinquants, des pourcentages notables de troubles du caractère (7,9 p.cent), de délinquance (8,6 p.cent), d'amoralité (6 p.cent) sont rencon-

trés. Parfois, deux frères sont complices dans l'exécution des actes délictueux. Ici encore, hérédité similaire, mêmes insuffisances familiales, s'intriquent en proportion variable. Il convient aussi de souligner l'importance de la débilité dans certaines familles où elle se retrouve chez plusieurs enfants.

Pour S. et E. GLUECK, le facteur nombre n'est pas aussi apparent. Les délinquants de leur enquête appartenaient à des familles à peine plus nombreuses que les non délinquants. Certains des critères de leur choix des enfants du groupe de référence non délinquants peuvent d'ailleurs intervenir dans la faiblesse de la différence dans cette série, car certains ont des troubles du comportement. Quoi qu'il en soit les familles comportaient 7 enfants en moyenne chez les délinquants et 6 chez les non délinquants. Il est pourtant à souligner que le nombre un peu plus élevé des enfants pour les foyers des premiers s'explique en partie par une proportion plus forte de cas de remariage des parents :  $1/3$  des délinquants ayant des demi-frères ou soeurs contre  $1/6$  des non délinquants. Par ailleurs, chez les délinquants, il y avait moins d'enfants occupant dans la fratrie une place considérée comme exposée aux traumatismes affectifs (enfants uniques, premiers ou derniers nés) que chez les non délinquants.

POROT insiste sur le rôle favorable dans l'apprentissage de la socialisation qu'est la présence de frères et soeurs au foyer. La rivalité, quoique plus ou moins manifeste, est une règle physiologique basée sur la compétition pour l'amour et l'attention de la mère. Mais elle peut ne pas évoluer jusqu'à son terme normal d'amitié et de coopération,

et prendre de la violence, causant des troubles importants du comportement dans certaines circonstances familiales. HILGARD fait une part d'ailleurs à la possibilité de non liquidation de ces problèmes lorsque l'enfant devient adulte, avec projection éventuelle des conflits non résolus sur la génération suivante. ADLER insiste sur la place de l'enfant dans la fratrie : l'aîné, autoritaire et conservateur, le second révolté ou écrasé, le troisième paresseux et fantaisiste. MAUCO et RAMBAUD, en 1951, ont publié une étude portant sur 200 enfants suivis dans des consultations médico-pédagogiques pour difficultés affectives et caractérielles.

| Enfants             | Consultants pour<br>difficultés af-<br>fectives et ca-<br>ractérielles | Moins de 21 ans<br>habitant dans la<br>Seine (Groupe<br>normal de réf-<br>érence) |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Uniques             | 33 % )                                                                 | ( 19 %                                                                            |
| Aînés               | 27 % ) 60 %                                                            | 41 % ( 22 %                                                                       |
| Intermé-<br>diaires | 20 % )                                                                 | ( ?                                                                               |
| Benjamins           | 19 % ) 39 %                                                            | 52 % ( ?                                                                          |
|                     |                                                                        | 7 % non précisés                                                                  |

D'après ces auteurs, l'aîné, souvent d'intelligence supérieure à la moyenne (61 p.cent), est fréquemment tyrannique pour les autres enfants, le cadet opposant, voire révolté, quand il ne démissionne pas. Les enfants de rang intermédiaire ont moins souvent que les précédents de troubles du comportement. Lorsque le benjamin en présente, il s'agit d'un

enfant gâté ou délaissé. Quant à ceux de l'enfant unique, il s'agit surtout d'indiscipline scolaire, et de difficultés d'adaptation sociale.

Madame CHOMBART de LAUWE note dans ses cas d'enfants inadaptés sociaux la plus grande fréquence de l'appartenance à une famille nombreuse signalée par HEUYER chez les délinquants. La famille très nombreuse apparaît défavorable car son niveau socio-économique est très bas et l'enfant y est moins suivi au point de vue culturel et psychologique.

DOS SANTOS et HONORE signalent aussi cette fréquence plus grande des troubles du comportement dans les familles nombreuses. Il semble, par contre, qu'à partir de l'adoles-

| Population pathologique                |      | Ensemble de la Seine |
|----------------------------------------|------|----------------------|
| Enfants uniques                        | 19,6 | 30,6                 |
| Enfants appartenant à une famille de 2 | 31,7 | 32,4                 |
| à une famille de 3                     | 22,7 | 20,2                 |
| à une famille de 4                     | 10,1 | 8,6                  |
| à une famille de 5 et +                | 15,9 | 8,2                  |
| Total                                  | 100  | 100                  |

cence il n'en soit plus de même (LOOMIS, BAKER et PROCTOR). Pour Mme CHOMBART de LAUWE, l'étude de la place de l'enfant inadapté dans la fratrie montre que c'est l'aîné qui est le plus fréquemment touché, surtout dans les familles de 2 ou 3 enfants, et dans les classes moyennes ou les milieux aisés. Les enfants uniques viennent au deuxième rang de la fré-

quence.

En cas de dissociation familiale, l'enfant unique et les derniers sont ceux qui présentent le plus de perturbations.

| Famille                              | Uniques | Aînés | Se-<br>conds | Inter-<br>médiaires | Der-<br>niers |
|--------------------------------------|---------|-------|--------------|---------------------|---------------|
| Présence des<br>2 parents            | 33      | 48,5  | 37,3         | 41,2                | 31,8          |
| Difficultés                          | 10      | 15,5  | 25,4         | 32,3                | 22,7          |
| Perturbation<br>de la struc-<br>ture | 57      | 36    | 37,3         | 26,5                | 45,5          |
| Total                                | 100     | 100   | 100          | 100                 | 100           |

## 2) Profession des parents

HEUYER (1942) donnait une statistique concernant 1713 pupilles (1474 garçons et 239 filles), chiffres fournis par l'administration pénitentiaire pour l'ensemble des Maisons d'Education Surveillée de France :

|                                                |        |
|------------------------------------------------|--------|
| Ouvriers agricoles .....                       | 2,7 %  |
| Travailleurs manuels, gens de<br>service ..... | 52,6 % |
| Employés, commerçants, artisans .....          | 18,2 % |
| Professions libérales .....                    | 1,3 %  |
| Profession indéterminée ou inavouée ..         | 4,1 %  |
| Chômeurs .....                                 | 21,3 % |

Donc, importance du groupe des travailleurs manuels et des gens de service. Quant au groupe des chômeurs, il s'agissait surtout de chômeurs professionnels.

L'étude de la catégorie socio-professionnelle du père de 339 enfants du Centre d'observation de Vitry (de 1948 à 1951) a été faite comparativement aux chiffres obtenus dans les consultations des Centres d'Hygiène mentale de la Seine et à ceux de l'ensemble de la population masculine de la Seine (1954). On constate que le niveau socio-professionnel du père de ces enfants présentant pour la plupart une inadaptation sociale et des troubles du comportement est en général plus bas que dans la population normale.

| Profession du père   | Vitry | Consultation d'H.M. de la Seine | Population masculine de la Seine |
|----------------------|-------|---------------------------------|----------------------------------|
| Ouvriers             | 58 %  | 43,5 %                          | 42,7 %                           |
| Employés             | 25 %  | 18,5 %                          | 18,4 %                           |
| Intermédiaires : I ) |       | 19 %                            | 23,2 %                           |
| Intermédiaires 2 )   | 10 %  |                                 |                                  |
| Divers               | 4 %   | 8,8 %                           | 12,2 %                           |

En ce qui concerne le travail de la mère, c'est une éventualité de fréquence comparable à celle de la population des consultations d'Hygiène mentale, mais nettement supérieure à celle de la population ordinaire, surtout en fonction du nombre des enfants par famille:

|                  | 1 enf. | 2    | 3    | 4    | 5 et + | Total |
|------------------|--------|------|------|------|--------|-------|
| Vitry            | 19,4   | 25,7 | 20,9 | 13,9 | 20,1   | 100   |
| Centres H.M      | 22,3   | 32,2 | 20,9 | 20,9 | 15,1   | 100   |
| Recensement 1946 | 58,9   | 25,8 | 9,1  | 9,1  | 2,7    | 100   |

A retenir également la forte proportion de mères seules qui travaillent (80 p.cent).

En ce qui concerne la profession de la mère, les mêmes remarques peuvent être faites qu'en ce qui concerne le travail du père, de manière encore plus accusée. Statistique sur 160 cas :

|                    | Vitry  | Toutes consultations d'H.M en 1954 | Population active féminine de la Seine 1954 |
|--------------------|--------|------------------------------------|---------------------------------------------|
| Ouvrières          | 55 %   | 21,3 %                             | 26,8 %                                      |
| Employées          | 31,25% | 56,5 %                             | 49,5 %                                      |
| Intermédiaires I ) |        | 15,3 %                             | 19,1 %                                      |
| Intermédiaires 2 ) | 5,62%  | 1,8 %                              | 3,5 %                                       |
| Divers             | 8,12%  |                                    |                                             |

Madame CHOMBART de LAUWE, dont l'étude porte sur la consultation de la Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile (Pr. HEUYER), les consultations spécialisées d'Hygiène Mentale de la Seine, de la Polyclinique Bichat, de l'Hôpital Hérold, de l'Institut Claparède et de cliniques privées, constate que la répartition est voisine de celle de la population de la Seine. Mais les types de troubles varient en fonction des catégories socio-professionnelles. On voit, à mesure qu'on s'élève dans l'échelle des niveaux de vie, diminuer le pourcentage des enfants amenés pour nervosité, troubles psychomoteurs (instabilité, tics ...), violence, agressivité, vols, fugues, et pour débilité. Les tendances dé-

pressives restent constantes dans les diverses classes sociales. En revanche, les difficultés liées à l'école (gaucherie, par exemple) augmentent vers les catégories plus aisées, l'importance attachée à la réussite scolaire étant plus grande dans ces milieux (voir plus haut). Ce dernier point s'opposant à la prédominance des manifestations les plus extériorisées dans les classes sociales les plus défavorisées, explique les répartitions constatées dans les statistiques d'HEUYER et celle du Centre d'observation de Vitry.

Quant au travail de la mère, il apparaît très fréquent. Il s'explique de manière différente suivant le groupe auquel appartient la mère. Il y a beaucoup de femmes seules puisque plus de la moitié des ménages sont dissociés ; celles-ci travaillent dans une proportion de l'ordre de 80 p.cent, voisine de celle des femmes seules du département de la Seine (70-80 p.cent). Pour les ménages non dissociés les choses sont différentes. Si, dans la population normale de la Seine 22 p.cent des femmes mariées mères d'enfants de moins de 16 ans travaillent, dans le groupe étudié la proportion est plus forte, ainsi qu'en témoignent les pourcentages suivants :

|                                                           |        |
|-----------------------------------------------------------|--------|
| Foyer avec les deux parents .....                         | 24,5 % |
| Foyer avec mésentente .....                               | 30,6 % |
| Conjoints dont l'un n'est pas<br>parent de l'enfant ..... | 37 %   |

Bien que ce facteur du travail de la mère apparaisse lié à d'autres variables (logement, etc...), il semble tout de même que cette différence ne soit pas sans conséquence sur la fréquence des troubles de l'enfant, le travail de la mère étant perturbant pour lui à divers titres. Mais il est souvent imposé par des nécessités économiques (milieux

modestes). Le travail de la mère à domicile ne semble souvent guère une solution valable dans les conditions actuellement réalisées : il est source de surmenage pour un travail mal payé.

Enfin, quelques particularités sont à souligner :

- Les ouvriers non qualifiés (dont une partie appartenant au sous-prolétariat) font relativement peu suivre leurs enfants pour des troubles du comportement ; souvent l'enfant n'est alors traité que s'il est arrêté par la Police au cours d'un délit.

- Le milieu des travailleurs de service (qui comprend l'hôtellerie) présente une population pathologique plus grande que celle qu'on pourrait attendre de son niveau de vie : l'instabilité de ce milieu semble en cause.

- Les petits commerçants et gérants de petit commerce, très pris par leur travail, ne peuvent guère s'occuper de leurs enfants : il y a deux fois plus d'enfants ne vivant pas avec eux que dans l'ensemble de la population (nourrice, pension, etc...)

DIATKINE souligne également les problèmes particuliers précédents ainsi que la répartition des troubles du comportement dans toutes les catégories sociales. Il insiste en outre sur le cas :

- des parents étudiants : la nécessité fréquente d'une aide financière familiale, les problèmes universitaires sont la source de difficultés ;

- des milieux bourgeois où le père, du fait de son activité professionnelle (homme d'affaire, médecin, etc...) est souvent absent ;

- des milieux très fortunés, où les dissociations familiales sont fréquentes (Voir statis-

tique de Mme CHOMBART de LAUWE) et où les modes de vie posent des problèmes particuliers.

### 3) Le logement

HEUYER : Parmi ses 400 délinquants, 12 p. cent vivaient dans un taudis.

S. et E. GLUECK : Le logement est plus surpeuplé chez les délinquants que chez les non délinquants. 2/10 contre 3/10 avaient l'usage exclusif d'une chambre à coucher. 6/10 contre 5/10 partageaient leur lit avec un frère, une soeur ou un des parents, ou devaient dormir dans la même pièce.

En ce qui concerne la population du Centre d'observation de Vitry, elle apparaît plus mal logée encore que l'ensemble de la population de la Seine (1948-50-51) (densité par pièce plus de 2 fois supérieure à celle de la commune la plus surpeuplée). Plus de la moitié des familles vivaient donc dans des conditions pathogènes (seuil pathogène : 2,5 personnes par pièce : voir plus loin Mme CHOMBART de LAUWE et ici 2,87).

#### Moyennes comparées du nombre de personnes par pièce

|            |                                                   |      |
|------------|---------------------------------------------------|------|
| Enfants    | (C.O. Vitry                                       | 2,87 |
| inadaptés  | { Ensemble Centres d'H.M. 1954                    | 2,3  |
|            | (Enquête du Gr.d'Ethnologie sociale (tout venant) | 1,6  |
| Population | (Sondage (Gennevilliers (max.)                    | 1,33 |
| ordinaire  | { (Saint-Maur (min.)                              | 0,99 |
|            | { Population (13-19-20° (max.)                    | 1,19 |
|            | { totale (16° (min.)                              | 0,88 |

Les habitations vétustes, insalubres et surpeuplées ont en effet, sur l'adaptation sociale de l'enfant, des conséquences analogues à celles qui en résultent pour sa santé. D'après les chiffres donnés en 1958 par le Ministère de la Construction et de l'Urbanisme en France, 25 p.cent des logements sont surpeuplés (plus de 1,6 personne par pièce) et la moitié de ceux-ci en état de surpeuplement critique (plus de 2 personnes par pièce). A noter que la moyenne de densité pour Paris se situe entre 0,9 (quartiers aisés) et 1,3 (quartiers les plus défavorisés) et que le 1/10 de la population (500.000 h.) occupe 220.000 chambres de 13.000 garnis. La vie des familles est en particulier des plus pénibles dans les hôtels meublés où vivent 400.000 habitants. Dans son étude, Madame CHOMBART de LAUWE obtient les résultats suivants :

|                                        |                     |
|----------------------------------------|---------------------|
| Gauchers (constituant 1 groupe témoin) | 1,9 personne par p. |
| Troubles du comportement               | 2,3                 |
| Retard de développement psychomoteur   | 2,7                 |
| Débiles                                | 3,4                 |

En ce qui concerne les catégories socio-professionnelles (pour lesquelles nous avons vu que les motifs de consultation étaient différents de l'une à l'autre), on trouve aussi des différences importantes dans le surpeuplement :

|                                 |                   |     |                         |
|---------------------------------|-------------------|-----|-------------------------|
| Moyenne des personnes par pièce | ( Ouvriers        | 2,5 | (3 pour les manoeuvres) |
|                                 | ( Employés        | 2,2 |                         |
|                                 | (Intermédiaires 1 | 1,7 |                         |
|                                 | (Intermédiaires 2 | 1,3 |                         |
|                                 | (+ hauts revenus  |     |                         |

Le type des logements est aussi intéressant à considérer :

|                              | Immeu-<br>bles<br>(ts ty-<br>pes) | Pavil-<br>lon | HBM<br>HLM | Hô-<br>tels<br>meu-<br>blés | Insa-<br>lubres | Total |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------|------------|-----------------------------|-----------------|-------|
| Gauchers<br>(gr.té-<br>moin) | 67                                | 23,6          | 6,6        | 0,8                         | 2               | 100   |
| Tr.du com-<br>portement      | 62,5                              | 22,1          | 6,9        | 4,5                         | 4               | 100   |
| Retard de<br>développ.       | 41,8                              | 33            | 7,8        | 9,6                         | 7,8             | 100   |
| Débiles                      | 55,9                              | 21,8          | 8,3        | 7,5                         | 6,5             | 100   |

En cas de surpeuplement du logement, les troubles du sommeil de l'enfant sont nettement plus fréquents (60 p.cent). Rappelons que les enfants bénéficiant d'une chambre personnelle sont peu nombreux (13 p.cent au Centre d'observation de Vitry).

Ce surpeuplement a aussi une autre conséquence immédiate : l'extension des bandes d'enfants, car les jeux se déroulent plus hors du foyer et en des points où un grand nombre d'enfants se regroupent. Le risque est grand du passage d'une bande saine à une bande à activités anti-sociales en l'absence de loisirs éducatifs organisés, ce qui est habi-

tuel.

Fréquemment aussi, il est à l'origine d'une impossibilité matérielle ou psychologique de garder l'enfant (refus du tenancier d'hôtel meublé, par exemple). De toute manière, les liens du surpeuplement sont étroits avec l'ambiance des relations entre les membres du foyer : hyper-"nervosité" de l'enfant (43 p.cent si 2 personnes par pièce, 57 p.cent au-dessus), agressivité de l'enfant (respectivement 35,2 et 64,8 p.cent), humeur des parents ... et punitions :

|               | <u>Logements</u><br><u>moins</u><br><u>surpeuplés</u> | <u>Logements</u><br><u>surpeuplés</u> |
|---------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Gifles        | 12 %                                                  | 24 %                                  |
| Fessées       | 15 %                                                  | 32 %                                  |
| Cris, menaces | 23 %                                                  | 46 %                                  |

L'évasion des conflits par le vol et la fugue en est rendue plus fréquente :

|              | <u>Moins de 2</u><br><u>personnes</u><br><u>par pièce</u> | <u>2 personnes</u><br><u>et plus</u> | <u>Total</u> |
|--------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------|
| Vols, fugues | 33,3 %                                                    | 66,7 %                               | 100          |

Les retards de développement sont plus souvent rencontrés.

En se fondant sur l'instabilité, la violence, la nervosité, l'agressivité, etc..., Madame CHOMBART de LAUWE estime que le seuil dangereux de surpeuplement se situe entre 2 et 2,5 personnes par pièce (8-10 m2 par personne).

#### 4) Autres facteurs d'ambiance dans la vie de famille

S. et E. GLUECK analysent leurs deux séries (délinquants et non délinquants) en fonction des points suivants :

- Tenue de l'intérieur familial :

Il y a moins de prévoyance dans l'emploi des ressources chez les premiers (nourriture, loyer, assurances, dépenses diverses). La famille vit au jour le jour, empruntant sans trop se soucier d'équilibre du budget.

L'organisation (repas, sommeil, travail scolaire) est deux fois plus souvent anarchique que chez les non délinquants.

L'intérêt culturel familial est fort limité.

L'amour-propre familial est inexistant dans 4/10 des familles de délinquants contre 1/10 pour les non délinquants. Dans ces deux groupes, il y a aussi une différence en ce qui concerne le souci de l'avenir et d'une amélioration possible des conditions d'existence (1/10 chez les délinquants, 3/10 chez les non délinquants). (DIATKINE insiste d'ailleurs sur le facteur de cohésion que représente une communauté d'objectifs moraux : politiques, religieux, intellectuels, esthétiques ou matériels) Pour S. et E. GLUECK, une attitude de solidarité familiale se rencontre dans 2 foyers sur 10 chez les délinquants et 6/10 chez les non délinquants. Les distractions en commun (sorties, etc...) sont l'exception chez les 2/3 des délinquants et 1/3 seulement des non délinquants. Cette négligence des parents à organiser des sorties agréables accroît le désintérêt des enfants pour la famille en tant que telle, et les incite à organiser leurs loisirs eux-mêmes au dehors (souvent de façon

anti-sociale), d'autant que 2/10 seulement des familles de délinquants incitent leurs enfants à amener leurs camarades à la maison contre 4/10 pour les non-délinquants. Naturellement, d'autres facteurs, affectifs en particulier, jouent aussi un rôle essentiel dans une atmosphère familiale permettant une bonne intégration de l'enfant ; nous y insisterons plus loin.

En résumé, dans les facteurs familiaux, nous retiendrons la fréquence :

- d'anomalies dans les familles des parents du père et de la mère ;
- chez ceux-ci, de l'alcoolisme (le père surtout), de psychopathies et de troubles du caractère (ou de déficience intellectuelle) ;
- de l'appartenance de l'enfant à une famille nombreuse aux ressources et à l'organisation insuffisantes ;
- des relations entre des troubles comportant une agressivité extériorisée et un milieu socio-culturel plutôt bas dans l'échelle sociale (éventualité fréquente chez ces enfants) ;
- d'une insuffisance de logement (surpeuplement) ;
- d'un foyer peu attirant.

Ces éléments se retrouvent chez les délinquants et les enfants non délinquants ayant des troubles du comportement.

Nous envisagerons maintenant les facteurs personnels qui jouent dans le développement de l'enfant et la formation de sa personnalité.

- II -

FACTEURS PERSONNELS

-:-

Nous envisagerons successivement :

- les facteurs somatiques,
- les changements de milieu de vie,
- et enfin les troubles intellectuels, psychologiques ou psychiatriques,

qui peuvent intervenir dans le déterminisme d'anomalies du comportement allant ou non jusqu'à la délinquance.

A - FACTEURS SOMATIQUES

Des données relatives à l'âge, au sexe, à la morphologie et aux antécédents de ces enfants seront successivement envisagées.

1 - L'âge

HEUYER, en ce qui concerne les délinquants, donne les pourcentages suivants pour ses 400 cas :

|        |        |        |       |
|--------|--------|--------|-------|
| 9 ans  | 0,25 % | 15 ans | 19 %  |
| 10 ans | 0,25   | 16 ans | 27,75 |
| 11 ans | 0,25   | 17 ans | 26,50 |
| 12 ans | 0,75   | 18 ans | 11,50 |
| 13 ans | 3,00   | 19 ans | 3,00  |
| 14 ans | 7,00   | 20 ans | 0,50  |

Inconnu : 0,25 %

La délinquance, rare avant 13 ans, est donc maxima à 16 et 17 ans, pour décroître ensuite.

Des statistiques publiées par la Direction de l'Education Surveillée, il ressort que chez l'enfant le maximum de la délinquance se situe entre 13 et 18 ans (80 p.cent du chiffre total), et que l'augmentation actuelle porte sur la tranche de 13 à 16, et plus encore de 16 à 18 ans.

BOURRET et THEVENIN, dans la région lyonnaise, de 1945 à 1948, ont, sur 1172 enfants délinquants, 161 de moins de 14 ans et 1011 de plus de 14 ans.

Melle LABAR, étudiant 100 dossiers de filles délinquantes en compte 75 de 15 à 17 ans. Ce groupe de 100 comporte 84 p.cent de fugges, 60 p.cent de délinquance sexuelle, et 46 p.cent de vols. Ce dernier type de délit, surtout fréquent chez le garçon, ne se rencontre chez la fille avec la même fréquence qu'avant 12 ans.

RAMOS-AISA : sur 100 garçons délinquants, 18 de moins de 13 ans, 71 de 13 à 17, et 11 de plus de 17 ans.

Mme CHOMBART de LAUWE n'a, dans son groupe, que des enfants inadaptés dont l'âge ne dépasse pas 14 ans et 53,4 p.cent ont de 8 à 11 ans :

| Age | 1   | 2   | 3   | 4   | 5   | 6   | 7   | 8  |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|
| %   | 0,2 | 0,3 | 1,3 | 1,9 | 4,3 | 7,7 | 8,9 | 14 |

| Age | 9    | 10   | 11   | 12  | 13  | 14  |
|-----|------|------|------|-----|-----|-----|
| %   | 12,9 | 14,6 | 11,9 | 9,3 | 7,5 | 5,2 |

Nous n'avons pas de statistique détaillée sur la fréquence des troubles du comportement au cours de l'adolescence.

Les chiffres globaux d'enfants "caractériels" dans l'étude du Ministère de la Santé Publique citée dans l'introduction de ce travail suggèrent que, entre 15 et 17 ans, il faut au total compter environ la moitié de ce que l'on a entre 7 et 14 ans.

Les chiffres de Mme CHOMBART de LAUWE montrent un maximum entre 8 et 11 ans, et une certaine rétrocession de 11 à 14. On peut sans risque émettre l'hypothèse qu'au-delà de cet âge il doit y avoir une deuxième remontée de la courbe de fréquence, car si elle continuait à décroître régulièrement les chiffres du Ministère de la Santé Publique ne s'expliqueraient pas, et d'ailleurs la fréquence des difficultés lors de la puberté le suggère. Ce serait à cette deuxième poussée que correspondrait, dans un nombre de cas qui reste statistiquement faible, la courbe de la délinquance avec son maximum entre 15 et 17 ou 18 ans signalé par les divers auteurs.

## 2 - Le sexe

HEUYER donne la répartition en fonction du sexe des 1713 pupilles des Maisons d'Education Surveillée en France en mai 1939 :

86 p.cent de garçons,  
14 p.cent de filles.

BOURRET et THEVENIN, ainsi que GIRARD, après la guerre (de 1945 à 48), donnent 66 p.cent de garçons (780 contre 392 filles).

Les statistiques de la Direction de l'Education Surveillée permettent d'estimer globalement à 80 p.cent la proportion des garçons délinquants. Elle s'élève même depuis 1954, et sur 7 délinquants il y a 6 garçons actuellement.

Mais par contre, il convient de souligner qu'en ce qui concerne le vagabondage (1300 cas par an environ), il y a sensiblement autant de filles que de garçons.

De ces constatations relatives à l'âge et au sexe, il ressort que la très grosse majorité des délinquants est représentée par des garçons de 14 à 18 ans, catégorie qui fait l'objet de notre étude. La délinquance de la fille se situe avant 13 ans et surtout de 16 à 18. Pour elle, vagabondage et prostitution coïncident souvent.

### 3 - Les antécédents personnels

a) A l'étape prénatale, de multiples facteurs peuvent être en cause :

- Affections génotypiques : certaines épilepsies correspondant à une tare récessive, le mongolisme, la prédisposition héréditaire à une psychose maniaco-dépressive (LUXEMBERGER) ou à la schizophrénie (20 fois plus fréquente chez les descendants de schizophrènes), à la débilité (concordance chez les monozygotes).

- Embryopathies : maladies à virus telle la rubéole, irradiations, intoxication alcoolique, traumatismes lors de tentatives d'avortement provoqué.

- Foetopathies : syphilis (source d'hydrocéphalie ou de surdi-mutité), toxoplasmose, incompatibilité foeto-maternelle.

- Enfin, il n'est pas impossible que les difficultés et les grandes émotions de la mère puissent retentir sur le produit de la conception comme certaines affections gravidiques le font (toxémies).

Mme CHOMBART de LAUWE, dans le cadre de son enquête, mentionne aussi l'influence possible du bas niveau socio-économique.

En fait, de même que les facteurs héréditaires, toutes ces données sont encore imparfaitement connues.

b) Accouchement et premiers développements :

Peuvent jouer : les dystocies, les hémorragies méningées, voire la hernie de l'hippocampe (épilepsie temporale).

Pour HEUYER, il y a chez les délinquants 5,1 p.cent de naissances prématurées (ce chiffre reste d'ailleurs tout à fait dans les limites rencontrées dans la population normale), 7,7 p.cent de traumatismes obstétricaux, 3,2 p.cent de naissances en état d'asphyxie. Naturellement, dans de tels cas, les enfants peuvent avoir à subir les conséquences à long terme de ces difficultés.

La fréquence des retards des premiers développements est grande. Ils sont troublés dans 50,4 p.cent des cas. Chez 10 p.cent des enfants, on relève la notion de convulsions en bas âge. A signaler encore 14,1 p.cent d'énurésie tardive.

S. et E. GLUECK notent que 15 p.cent de leurs délinquants, contre 10 p.cent des non délinquants, ont présenté des troubles dans leur première enfance, et que 60 p.cent contre 30 p.cent étaient extrêmement agités et remuants ; enfin que 28 p.cent contre 14 p.cent ont été énurétiques.

Mme Irène LESINE, n'étudiant pas des délinquants mais envisageant les conséquences neuropsychiques de la prématurité, signale qu'en cas de naissance entre le 6e et le 7e mois, il y a un retard manifeste de développement psycho-moteur qui ne se retrouve pas si la naissance a lieu au 8e mois. C'est aussi pour ces grands prématurés que se posent surtout :

- d'abord des problèmes alimentaires,
- ensuite des difficultés qui paraissent surtout en rapport avec une hyper-protection fréquente.

A plus longue échéance (UDDENBERG), il semble que ces enfants présentent des réactions stéréotypées, mal adaptées, inadéquates. Ils sont souvent irascibles, brusques et imprévisibles (atteintes de type androphrénique).

De telles anomalies peuvent donc jouer dans certains cas particuliers, mais le rôle de la prématurité ne dépasse pas ce domaine.

Dans le groupe de Mme CHOMBART de LAUWE, on trouve :

|                                                        |        |
|--------------------------------------------------------|--------|
| - Accouchements normaux à terme .....                  | 72,3 % |
| - Accouchements longs, difficiles .....                | 6      |
| - Forceps, manoeuvres obstétricales, césariennes ..... | 11     |
| - Réanimation .....                                    | 9      |
| - Prématurité .....                                    | 5,5    |
| - Post-maturité .....                                  | 0,7    |

Les difficultés d'accouchement et les interventions en résultant peuvent intervenir dans les troubles ultérieurs de l'enfant en ce qui concerne le développement. Celui-ci est normal dans 79,6 p.cent des cas après accouchement normal et dans 20,4 p.cent seulement après accouchement difficile.

#### c) Affections acquises :

Bien que nous ne puissions fournir de données statistiques, il n'apparaît pas qu'il y ait de différence de fréquence très notable par rapport aux enfants normaux. (Par exemple, pour S. et E. GLUECK, même sensibilité aux maladies contagieuses chez délinquants et non délinquants). Par contre, il est tout à fait manifeste que dans tel ou tel cas particulier

un déficit congénital ou acquis peut amener des troubles du comportement. L'enfant handi-capé organique (amblyopie, troubles moteurs, etc...) peut souffrir de son état, tentant parfois de surcompenser ces troubles, se trouvant dans d'autres cas perturbé par les réactions de l'entourage. Citons les suites possibles des traumatismes craniens, les séquelles de méningites purulentes ou tuberculeuses, d'encéphalite des maladies infectieuses.

d) Il convient d'insister, en outre, sur deux problèmes particuliers : celui de la gaucherie contrariée (bégaiement, dyslexie, dysorthographe), et celui du comportement des enfants épileptiques. On insiste chez eux sur la possibilité de bradypsychie, persévération, affectivité adhésive, instabilité psychomotrice, variabilité d'humeur, réactions agressives ou dépressives, actes anti-sociaux impulsifs. Il importe, dans ces cas, de faire la part de ce qui relève d'un déterminisme organique, des réactions affectives, des frustrations liées à la maladie ; mais la distinction n'est pas toujours aisée entre les troubles caractériels et les équivalents psychiques.

#### 4 - Etat somatique

Pour HEUYER, il n'est bon chez les délinquants que dans 1/5 des cas ; c'est ainsi qu'il note :

|                                       |                |
|---------------------------------------|----------------|
| - un retard du développement dans     | 10,8 % des cas |
| - une chétivité dans                  | 27,3 %         |
| - des infirmités                      | 1,7 %          |
| - des stigmates d'hérédo-syphilis     | 13,5 %         |
| - un alcoolisme acquis                | 10,5 %         |
| - une tuberculose                     | 3,7 %          |
| - des affections nerveuses organiques | 5,7 %          |

|                         |        |
|-------------------------|--------|
| - épilepsie             | 1 %    |
| - affections cardiaques | 3,8 %  |
| - dysendocrinie         | 15 %   |
| - débilité motrice      | 10,5 % |

S. et E. GLUECK tirent de leur enquête des résultats différents : l'état de santé des délinquants est sensiblement analogue à celui des non délinquants. Seuls points méritant d'être signalés : la proportion considérable des cas d'énurésie et la fréquence de l'instabilité, souvent très marquée ; l'onychophagie également était souvent rencontrée chez les délinquants. Ces auteurs ont, d'autre part, pu préciser par la comparaison détaillée d'un grand nombre de mesures corporelles que les délinquants restent inférieurs par leurs proportions somatiques générales aux non délinquants jusque vers l'âge de 13 ou 14 ans, époque à laquelle ils les rattrapent et les dépassent après ce développement prépubéral plus lent. Dans l'ensemble, les délinquants sont plus harmonieusement bâtis pour une activité physique normale et présentent moins de disproportions corporelles. L'étude des types morphologiques est également fort caractéristique :

60 % de mésomorphes contre 31 % pour les non délinquants,  
 44 % d'ectomorphes contre 40 %,  
 12 % d'endomorphes contre 15 %.

La majorité des jeunes délinquants est donc à prédominance musculaire et fortement charpentée.

Enfin, il n'existe une certaine déficience de la masculinité des formes que dans 2 p.cent des cas chez les délinquants, contre 8 p.cent chez les non délinquants.

BOURRET et THEVENIN notent la fréquence, chez le garçon délinquant, des retards pubertaires.

Dans le groupe d'inadaptés étudié par Mme CHOMBART de LAUWE, on trouve par rapport aux enfants normaux de même sexe, âge et milieu socio-économique, des différences significatives de taille et de poids : fréquence anormale de tailles plus élevées, et de poids (relatifs à la taille) inférieurs à la moyenne. Il s'agit donc d'enfants grands et minces. L'analyse montre qu'ils sont issus surtout des classes moyennes et des milieux aisés, présentent une inadaptation scolaire et une attitude schizoïde ou dépressive. Il paraît bien s'agir d'un lien analogue à celui qui est reconnu entre le type leptosome et les tendances schizothymiques. Ces enfants sont moins instables et moins nerveux, plus inquiets et repliés sur eux-mêmes que les autres enfants de l'échantillon. Ils ont surtout des difficultés scolaires et des problèmes d'adaptation sociale. Par ailleurs, l'auteur étudie divers éléments généraux à son groupe d'inadaptés. L'état de santé semble sensiblement normal. Le sommeil est, par contre, fréquemment mauvais ; il y a des corrélations entre ce point et le surpleuplement du logement, la dissociation du foyer, surtout en cas de présence d'un nouveau conjoint, la notion d'une psychopathie familiale, d'antécédents d'accouchement difficile. L'analyse des troubles du comportement de ces enfants qui dorment mal montre qu'il s'agit surtout d'émotifs, souvent aussi de violents, d'opposants et de coléreux. L'appétit est habituellement bon, sauf en cas de problèmes affectifs (dissociation familiale).

### - Electroencéphalogramme

De multiples travaux ont été faits pour essayer de préciser l'aspect des tracés chez les enfants présentant des troubles psychomoteurs, des troubles affectifs, caractériels... Ils reposent surtout sur la recherche de signes dits d'immaturation : tracés trop lents pour l'âge, sensibilité excessive pour l'âge à l'hyperpnée, présence d'ondes lentes occipitales. Il existe un certain lien entre l'efficacité psychomotrice et l'organisation des tracés. Ainsi, chez les droitiers francs, la maturation est bien et précocement établie, avec alpha bien modulé, plus volté sur l'hémisphère droit. Par contre, dans les groupes à dominance mal établie, les tracés sont immatures ou désynchronisés. Chez les sujets présentant du bégaiement, des troubles du langage et de la lecture, les types de tracés apparaissent variables. En cas de troubles du caractère et du comportement, il semble que les tracés s'écartent souvent des normes statistiques. Il s'agit alors de signes d'immaturation et de décharges paroxystiques. Mais l'interprétation donnée aux anomalies relevées par les différents auteurs n'est pas univoque.

Enfin, mentionnons pour mémoire les tracés de comitialité purement électrique.

### B - CHANGEMENTS DE MILIEU DE VIE

Ce facteur apparaît essentiel.

- S. et E. GLUECK signalent que, pour des raisons les plus diverses, notamment dissolutions familiales et maladies, leurs délinquants avaient été soumis à de multiples changements de milieu de vie.

Les 4/5 d'entre eux avaient été déplacés 5 fois ou plus, contre 2/5 des non délinquants.

1 délinquant sur 3 avait changé de domicile jusqu'à 11 fois et plus, ce qui n'était arrivé qu'à 1 non délinquant sur 10; et plus de la moitié des délinquants avaient été déracinés jusqu'à 8 fois et plus.

- Parmi les enfants du Centre d'Observation de Vitry,

38 p.cent ont été élevés en nourrice et 30 p.cent ont connu deux milieux familiaux et plus.

- Mme CHOMBART de LAUWE, en ne tenant compte ni des changements de domicile de la famille, ni des séjours de moins de 6 mois hors du foyer, trouve que les enfants inadaptés ont vécu en moyenne dans 2,5 milieux de vie différents ; et, si 58 p.cent n'ont jamais vécu hors de la famille, en prenant ce terme au sens large, certains ont surtout assisté à des transformations du couple parental. L'étude des causes de ces changements montre l'importance de la dissociation familiale, de l'hérédité psychopathique, du travail de la mère dans les milieux peu aisés. En se limitant seulement aux enfants qui ont vécu dans 4 milieux ou plus, on retrouve en effet que :

- 59,4 p.cent ont une hérédité psychopathique, alors qu'elle n'existe que chez 37,8 p.cent de ceux qui ont connu un seul milieu ;

- 43 p.cent des enfants de familles dissociées sont dans ce cas, contre 5 p.cent quand la famille est normale ;

- 36,2 p.cent de ceux dont la mère travaille le sont aussi, contre 14 p.cent si la mère est au foyer.

En ce qui concerne la catégorie socio-professionnelle du père, les pourcentages sont les suivants :

|                 | <u>1 milieu</u> | <u>2 et 3 milieux</u> | <u>4 milieux et plus</u> | <u>Total</u> |
|-----------------|-----------------|-----------------------|--------------------------|--------------|
| Ouvrier         | 30,9            | 45,1                  | 24                       | 100          |
| Employé         | 46,7            | 23,6                  | 29,7                     | 100          |
| Intermédiaire I | 50              | 25                    | 25                       | 100          |
| Intermédiaire 2 | 68              | 25,5                  | 6,5                      | 100          |

Le surpeuplement du logement joue également : 1/3 des enfants vivant dans ces conditions ont connu 4 milieux et plus, contre 18 p.cent dans l'autre cas (logement suffisant).

L'enfant unique est plus souvent déplacé. Les changements de milieu de vie, en multipliant les ruptures, finissent par rendre impossible la création de nouveaux liens. L'enfant, dans un état d'inhibition particulier, semble indifférent, et se replie sur lui-même. Il vole et fugue plus fréquemment.

|                 | 1 milieu | 2-3 m. | 4 à 6 | 7 m. et + | Total |
|-----------------|----------|--------|-------|-----------|-------|
| E. émotifs      | 53,2     | 34,6   | 10,2  | 2         | 100   |
| E. indifférents | 15,8     | 31,6   | 36,8  | 15,8      | 100   |

|                                    | 1 milieu | 2 et 3 | 4 mil. et + |
|------------------------------------|----------|--------|-------------|
| Tendance dépressive, repli sur soi | 9,7      | 11,3   | 16,4        |
| Vols et fugues                     | 11,4     | 18,5   | 28,3        |

- Au total donc, les placements ont été fréquents pour ces enfants délinquants ou atteints de troubles du comportement. Mais chaque variété de placement a son retentissement propre.

#### a) Les placements en pouponnière

DAVID et APPEL, reprenant l'étude de la carence affective en pouponnière, montrent que, malgré la présence d'un personnel compétent et dévoué, une ambiance de gentillesse, il existe même dans de bonnes conditions des facteurs de carence affective, notamment :

- multiplicité des personnes s'occupant de chaque enfant et faible pourcentage des soins donnés par chacune d'elles ;
- longues périodes de veille solitaire ;
- pauvreté quantitative et qualitative des échanges infirmières-enfants par rapport à ce qu'il peut y avoir normalement entre la mère et l'enfant.

Il en résulte une pauvreté des stimulations sensori-motrices, des stimulations des premiers modes de communication, un investissement de l'intérêt sur les objets plutôt que les personnes, une pauvreté des réponses humaines aux manifestations spontanées telles sourires, vocalises, pleurs.

b) Les placements en nourrice sont de qualité extrêmement variable. Il n'est pas rare malheureusement qu'ils soient dévalorisés par la présence concomitante d'un nombre assez grand de nourrissons et le comportement surtout mercenaire de la personne qui s'en occupe.

c) Le type des placements sanitaires peut être représenté par le séjour en préventorium.

DUCHE insiste sur le passif dans le domaine scolaire, si important pour les enfants de cet âge (oubli, paresse, découragement), et les conséquences affectives et familiales (séparation ressentie comme un abandon, impression d'être étranger au retour, passivité due aux conditions de vie pendant le séjour, parfois anxiété liée à la maladie). Il convient donc de limiter ces placements aux cas indispensables.

d) Le placement en internat est très souvent source de réactions affectives (A.DOUMIC), qu'elles soient le reflet des conflits familiaux, des troubles du caractère, ou de perturbations profondes. De 6 à 8 ans, il peut s'agir d'agressivité, mais surtout d'anxiété (insomnie, anorexie, énurésie, par régression). Cette éventualité est fréquente, surtout pour un enfant unique hyperprotégé.

De 8 à 12 ans, l'anxiété se marque par une inhibition avec tristesse, solitude, mauvais travail, méticulosité, susceptible de conduire à des troubles graves. Il faut souligner l'importance, en outre, de la raison de mise en pension : divorce, deuil, difficultés financières, sociales, familiales. Ses effets se surajoutent.

L'enfant peut aussi avoir des réactions agressives avec instabilité, par transposition de problèmes familiaux ou recherche de punition. En cas de handicap scolaire, physique ou social, il peut avoir des réactions de prestance. Lors de l'adolescence, nous citerons chez la fille : dépression,

insomnie, mythomanie, attachements passionnés ; chez le garçon : inhibition intellectuelle, colères, fugues, liens homosexuels. Il faut faire une place à part aux internats spéciaux pour les cas sociaux : orphelins, abandonnés. Il y a alors particulièrement : angoisse, insécurité, etc...

e) Les placements traumatisant le moins l'enfant sont ceux qui l'amènent dans un milieu déjà plus ou moins connu (grands-parents, amis de la famille, etc...) et sans qu'il y ait rupture totale avec le milieu familial (visites des parents). Il convient que ce nouveau milieu puisse constituer un milieu familial substitutif autant que possible. Des difficultés éducatives sont fréquentes.

## C - FACTEURS INTELLECTUELS, PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHIATRIQUES

### 1 - Niveau intellectuel

Le rôle des déficiences dans ce domaine a été diversement apprécié.

HEUYER, sur ses 400 délinquants, rencontre :

|                           |        |
|---------------------------|--------|
| - Bien doués              | 10,8 % |
| - Intelligence moyenne    | 44     |
| - Intelligence inférieure | 18     |
| - Niveau limite           | 9,8    |
| - Débilité                | 17     |
| - Imbécilité              | 0,4    |

GODDARD a insisté sur la rareté des imbéciles, grands débiles et bien doués. Ces derniers apprécient mieux les conséquences de leurs actes et, s'ils commettent un délit, sont plus rarement arrêtés.

BOURRET et THEVENIN, en 1950, ont 320 retardés intellectuels sur 1172 délinquants, et GIRARD insiste lui aussi sur la rareté relative des débilités profondes et la fréquence beaucoup plus grande des débilités légères.

Dans leur enquête, S. et E. GLUECK ont choisi a priori comme groupe de référence 500 non délinquants de même niveau que les délinquants. Toutefois, une étude plus fine montre que les délinquants sont plus aptes à être en relation avec des objets concrets, les non délinquants mieux doués dans la pensée abstraite et la généralisation ; que les premiers ont un moindre pouvoir d'observation, s'attachent moins au réel, sont plus souvent des rêveurs, manquant de sens commun et d'approche méthodique des problèmes. Il semble que ces différences aient des liens avec la dynamique émotionnelle.

Dans le Service du Professeur MICHAUX, AMOS-AISA, pour 100 garçons délinquants en 1961, a la répartition suivante proche de celle d'HEUYER :

| Q.I.   | 50 à 59 | 60 à 69 | 70 à 79 | 80 à 89 |
|--------|---------|---------|---------|---------|
| Nombre | 1       | 10      | 10      | 14      |

| Q.I.   | 90 à 99 | 100 à 109 | 110 à 119 | >120 |
|--------|---------|-----------|-----------|------|
| Nombre | 21      | 18        | 12        | 5    |

BOVET signale la discordance entre certains auteurs :

PEARCE insistant sur la débilité ;  
BURT sur une proportion de déficients intellectuels 5 fois supérieure à celle d'âge scolaire, alors que

- STEIN (1947) pense que la distribution de l'intelligence est la même chez les délinquants que chez les non délinquants (étude de 705 cas), de même RAMER.

- Pour SUTHERLAND et CHASSEL, il existe une corrélation entre délinquance et déficience intellectuelle, mais elle est faible. Pour EXNER, la corrélation n'est pas très significative. En fin de compte, BOVET pense que dans certaines circonstances, nombre d'oligophrènes, psychologiquement fragiles et suggestibles, peuvent passer dans l'armée des délinquants, de la réserve à l'activité. De toute manière, les facteurs intellectuels jouent dans la formation du moi et du sur-moi (Anna FREUD, Germaine GUEX), mais ils interfèrent avec bien d'autres, et un délinquant juvénile, faible d'esprit, doit faire l'objet d'un pronostic plus réservé qu'un délinquant normal.

Madame CHOMBART de LAUWE a écarté de sa statistique les dossiers des enfants dont le niveau était inférieur à 80 au Binet-Simon. Dans ce groupe donc, la débilité n'intervient pas. Nous regrettons de ne pas avoir, pour les enfants qu'elle a étudiés, la répartition en fonction du quotient intellectuel, et de ne pas avoir trouvé pour les troubles du comportement sans délinquance une étude de ce type. Une étude comparative avec ce qui est connu pour la délinquance serait intéressante, de même aussi qu'une étude des corrélations avec les facteurs sociaux. On sait en effet que les enfants venant pour débilité dans les consultations de neuro-psychiatrie (sans tenir compte cette fois de la notion de troubles du comportement) se répartissent d'une manière très différente suivant les classes sociales. Leur pourcentage pour chaque catégorie sociale montre que la proportion des consultants venant pour débilité est dans l'en-

semble beaucoup plus forte dans les catégories à bas niveau socio-économique. Mais comme on sait que les enfants de catégories aisées sont amenés beaucoup plus souvent que dans ces dernières pour des petites difficultés scolaires (importance beaucoup plus grande donnée par les parents à ce facteur), il y a là manifestement une explication à ces chiffres. Et il reste pas mal d'ignorance de la répartition des Q.I. du tout venant des enfants en fonction de la catégorie socio-professionnelle des parents, comme de la répartition des troubles du comportement sans délinquance en fonction du Q.I.

Dans la détermination du niveau, on se heurte à de multiples difficultés. Si la technique employée fait trop appel aux connaissances scolaires, elle donne un reflet du niveau scolaire, donc des retards dans ce domaine (voir par exemple les courbes de Terman en milieu rural et en milieu urbain, des différents résultats suivant la profession des parents). Il y a des problèmes d'étalonnage du test, des problèmes psychologiques de passation (milieux ruraux). L'enquête du Professeur HEUYER a été faite grâce au test non verbal de GILLES, le test mosaïque ; les résultats sont moins bons à la campagne. HEUYER pense qu'il y a ici un facteur social intervenant sur l'adaptabilité à l'école, et pas seulement un facteur de niveau. Pour avoir une idée précise, il y a lieu de faire appel à des épreuves de performance.

Déficiência intellectuelle et troubles du comportement représentent manifestement deux problèmes différents. L'enfant d'intelligence normale fait des troubles du comportement et est inadapté social de ce fait. Le débile est habituellement un sujet qui a des difficultés d'adaptation d'un autre ordre du fait

de sa débilité. Mais il est évident aussi que la déficience intellectuelle peut, en tant que facteur personnel de formation de la personnalité et que facteur social (source de handicaps multiples), représenter un facteur étiologique d'importance pour les troubles du comportement. Plus les conditions sociales sont difficiles, plus il va jouer : bas niveau socio-économique, logement surpeuplé, période de guerre, etc... Et ces troubles du comportement, plus facilement que pour d'autres, amèneront l'enfant dans la catégorie des délinquants reconnus. En effet, il est plus suggestible, apprécie mal les conséquences de ses actes et se fait prendre plus facilement. Ceci explique que la proportion de déficients intellectuels parmi les délinquants soit variable suivant les difficultés sociales auxquelles ont été soumis les groupes envisagés (armée de réserve de la délinquance de BOVET). Mais la proportion des niveaux limites et débiles légers reste toujours, semble-t-il, chez les délinquants, supérieure à celle de l'ensemble de la population. Il est probable que cette catégorie doit aussi être prédisposée plus que les autres aux troubles du comportement sans passage à la délinquance, et ceci surtout dans les cas où s'accumulent les difficultés (par exemple niveau socio-économique bas avec logement surpeuplé, etc...). Il faut aussi naturellement se défier devant une première impression défavorable des pseudo-arriérés, dont le retard causé par des troubles affectifs (greffés souvent sur un terrain caractériel d'émotivité, de schizofrénie, ou de paranoïa) risque d'exposer à des erreurs. Une amélioration des conditions de vie peut permettre une reprise scolaire.

## 2 - Facteurs psychiatriques

S. et E. GLUECK trouvent 51 p.cent de délinquants contre 44 p.cent de non délinquants atteints de quelque anomalie psychique. Ni les psychoses (2 délinquants et 8 non délinquants avaient des troubles schizophréniques sur 500), ni les altérations du système nerveux central (4 délinquants et 1 non délinquant sur 500) ne jouaient un rôle important. 7,3 p.cent des délinquants et 0,4 p.cent des non délinquants étaient psychopathes, mais il faut tenir compte de l'ambiguïté de ce terme. Un état névrotique sérieux existait chez 3,2 p.cent des délinquants et 5,1 p.cent des non délinquants ; un état névrotique léger chez 16 p.cent des délinquants et 23 p.cent des non délinquants ; des tentances névrotiques chez 5 p.cent des délinquants et 8 p.cent des non délinquants.

Au total, on aboutit au chiffre de 25 p.cent pour les délinquants contre 36 p.cent pour les non délinquants. Cette statistique permet de se faire une idée de la fréquence des anomalies psychiatriques chez les délinquants, et elle amène aussi à penser que le groupe de référence comportait une proportion notable de sujets inadaptés. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Nous envisagerons successivement les trois ordres de troubles que l'on peut rencontrer : les psychopathies, les névroses et symptômes névrotiques et les psychoses.

### a) Psychopathies - Perversions

Les psychopathies ont donné lieu à de multiples discussions. On peut dire que la conception de base primitive est représentée par la thèse du "délinquant constitutionnel" énoncée par LOMBROSO en 1876 dans son livre "L'uomo

delinquente". Parmi les nombreux travaux qui ont été publiés à propos des psychopathies, nous citerons ceux de SCHNEIDER en 1923, SPITZ, LURI, LIPPMAN, RABINOVITCH, ALLEN, LOWREY, ANDERSON. Il importe d'abord de préciser le cadre de ces troubles : anomalies permanentes du caractère, de nature constitutionnelle, ne relevant ni des psychoses, ni des névroses, ni des oligophrénies, et entraînant des conduites agressives, destructrices, organisées, sans culpabilité. Les sujets qui en sont atteints apparaissent égocentriques, insensibles, et dépourvus de capacité d'adaptation dans un sens positif, de telle sorte que leur comportement entraîne des dommages pour la société ou pour eux-mêmes. Toutefois, l'inadaptation sociale de ces sujets diffère suivant le type auquel ils appartiennent (SCHNEIDER); nous reviendrons sur ce point.

Un des éléments qui a été le plus en discussion est celui de l'origine constitutionnelle et de sa fréquence. Lauretta BENDER, entre autres, s'est attaquée à la position traditionnelle. RABINOVITCH, se plaçant dans la même perspective qu'elle, a étudié les 5 ou 10 p.cent des 8.000 enfants hospitalisés en neuro-psychiatrie au Bellevue Hospital pour lesquels le diagnostic retenu avait été celui de psychopathie. Sa conclusion est que l'étiologie de leurs troubles était à rechercher dans les carences affectives du premier âge. L'absence d'échanges affectifs initiaux était à l'origine de leur comportement asocial. Faute d'identification, d'une capacité à établir des relations objectales profondes, tout leur élan vital s'investissait immédiatement dans une hyper-activité motrice et dans une agressivité sans anxiété ni culpabilité. Ces enfants avaient également un langage défectueux, un déficit d'élaboration

de la pensée conceptuelle, une mauvaise notion du déroulement du temps. L'hospitalisme, la multiplicité des placements, surtout avant l'âge de 2 ans, paraissaient en cause.

Dans le même domaine, rappelons le travail de BOWLBY sur la tendance au vol, d'enfants ayant des antécédents de séparation complète et prolongée, dans les cinq premières années de la vie, et les publications multiples où il fait une part capitale aux conséquences lointaines des carences affectives de ce type.

SPITZ s'est attaché, dans le même esprit, à l'étude de la petite enfance et pense que les séparations peuvent, dans certains cas, conduire à l'âge scolaire à la psychopathie. Il a étudié aussi le profil psychologique établi grâce au test de Hetzer-Wolf. Il isole dans son matériel clinique le type dit S.M., caractérisé par le retard constant et considérable de la sociabilité et de la manipulation. Il s'agit d'enfants dont la mère est extrêmement versatile, oscillant des caresses à l'hostilité. Ce profil paraît rester établi bien au-delà de la première année (5-6 ans). Les enfants de ce type présentent des tendances psychopathiques, s'avèrent incapables d'établir des relations sociales, de s'investir dans une tâche demandant de l'effort. Faute de relations normales et stables avec une mère trop changeante, l'énergie affective s'investit narcissiquement dans une hyperactivité motrice. Cet auteur ne croit pas à cette étiologie unique de la psychopathie ; mais par contre, la constatation de ce profil S.M. doit faire craindre, chez l'enfant, une telle évolution ultérieure. En fin de compte, ce qui joue ici c'est surtout l'attitude contradictoire et versatile de la mère, l'enfant pouvant devenir psycho-

pathé sans quitter la maison parentale en apparence normale ; ailleurs, lorsqu'il n'en est pas de même, c'est le changement des attitudes et des personnalités, souvent opposées ; des gens qui s'occupent de lui, qui est en cause.

ALLEN fait une grande part dans la structuration du comportement agressif et négatif de ces enfants au mécanisme de projection. Il s'agit de réactions en chaîne, d'un cercle vicieux où s'entremêlent l'agressivité de l'enfant, les réactions de l'entourage (famille, société), suivies de la part du sujet par un comportement encore plus antisocial. De ressentiment en ressentiment, les réactions d'hostilité, d'isolement, d'incompréhension, s'accumulent, se stratifient. Ce processus dynamique consolide le caractère irréversible des troubles, et de guerre lasse, parents, éducateurs, médecins, en viennent à la notion d'une fatalité constitutionnelle.

Si donc les travaux précédents insistent énormément sur ces frustrations, surtout avant l'âge de 2 ans, il n'en reste pas moins que des arguments persistent en faveur de l'existence dans un certain nombre de cas de facteurs héréditaires et constitutionnels. Sans insister sur les corrélations entre la morphologie et les tendances caractérologiques (KRETSCHMER et SHELDON), nous signalerons les travaux allemands sur les jumeaux univitellins et bivitellins : LANGE, chez 13 paires de jumeaux univitellins, trouve 10 fois de la délinquance chez les 2 jumeaux, et sur 17 paires de jumeaux bivitellins il ne trouve que 2 fois une telle concordance. STUMPFEL, KRANZ, ROZANOFF, quoique moins nettement, retrouvent une concordance plus grande dans la délinquance chez les jumeaux univitellins que chez les bivitellins. Malgré

des critiques, il paraît ressortir que ces facteurs génétiques sont indubitables (rapports de KALLMANN, PENROSE, FRASER-ROBERTS, SLATER et STRONGRIN, au Congrès de Psychiatrie de Paris, en 1950).

FREY, juge des Enfants au Tribunal de Bâle, isole dans son étude sur la récidive un groupe de psychopathes dans lequel le rôle de l'hérédité paraît manifeste. Les enfants ont une lourde hérédité psychopathique et tarée. Ils sont certes issus d'un mauvais milieu social, mais les conditions économiques et éducatives défavorables paraissent à FREY avoir ici surtout un rôle déclenchant, d'ailleurs non négligeable. En réalité, l'échec social et la criminalité des parents lui semblent être le fruit des mêmes anomalies de caractère qu'ils transmettent à leurs enfants, et qui empêchent ceux-ci d'être influencés par des méthodes rééducatives. Il apparaît donc légitime d'admettre l'existence constitutionnelle, chez certains sujets, de tendances caractérologiques, capables dans certaines circonstances d'aboutir à la délinquance.

Les caractères d'amoralité, d'inaffectivité, de malignité, d'insociabilité, présentés par les sujets de ce groupe, les rendent en fin de compte tout à fait proches du cadre classique des pervers. Nous reprendrons donc ici la distinction que le Professeur MICHAUX fait entre deux types de perversions :

I°- Des perversions instinctives constitutionnelles (type Dupré), où l'hérédité est l'élément dominant. Il y a des associations fréquentes avec des troubles de l'intelligence, des troubles du caractère et de l'humeur. Elles sont innées et irréductibles. (Toutefois, il en est des formes frustes où la prédisposition délictueuse peut être contrebalancée par l'éducation, l'exemple, la discipline).

2°- Des perversions instinctives acquises : Certes, on en a vu après la pandémie d'encéphalite de Von ECONOMO, au début des démences ou dans le cadre d'une psychose maniaco-dépressive. Mais surtout, il en est de psychogènes. Dans ces cas, il s'agit de modalités réactionnelles à des perturbations de la structure familiale, du milieu social ou professionnel. Ces perversions instinctives réactionnelles ou conditionnelles sont électives, réductibles, mais susceptibles de réactivation, et cette réductibilité est épuisable.

Ainsi, les étiologies étudiées plus haut s'intègrent-elles dans un cadre unique.

Entre les doctrines constitutionnalistes et psychogéniques, une conciliation apparaît aussi nécessaire que féconde. En pratique, chez un même enfant, les facteurs héréditaires et affectifs ne coexistent pas seulement, ils s'intriquent.

"Les perversions instinctives n'infirmement donc pas la conception des constitutions, mais tendent à l'assouplir et à l'élargir. A l'assouplir, en montrant que les facteurs constitutionnels ne sont ni nécessaires, puisqu'il est des perversions qui s'en passent, ni exclusifs. A l'élargir en objectivant que les perversions des instincts peuvent dépendre, non seulement de la constitution perverse, mais d'autres prédispositions constitutionnelles (émotives et paranoïaques) dont la fécondation, par des incidences affectives, donne lieu à des réactions perverses" (MICHAUX).

Une illustration de telles réactions de ce type sur d'autres prédispositions constitutionnelles peut être retrouvée dans la classification des psychopathies que donne Kurt SCHNEIDER, qui distingue 10 types parmi

ces sujets :

- Les psychopathes possédant un désir exagéré de paraître et de se faire valoir. Ce sont des menteurs, mythomanes, extravagants. La vie à leur contact, présente des difficultés insurmontables ; ils deviennent volontiers escrocs et criminels d'habitude.
- Les impulsifs qui s'abandonnent au déchaînement de leurs instincts et ne peuvent les refreiner. Les difficultés éducatives sont grandes avec eux. Ils ne sont guère rééducables.
- Les instables, marqués par leur inconstance, leur impulsivité, leur labilité affective, leur incapacité à résister à leurs impulsions et aux influences extérieures.
- Les psychopathes incapables de réagir affectivement ; ils ne s'attachent ni à leurs parents ni à leur entourage, ne souffrent pas de leur isolement, ne sont pas influencés par la rééducation ; ils deviennent des délinquants dangereux, surtout s'ils ont des tendances à s'imposer.
- Les hyperthymes, optimistes afférés, superficiels et instables, commettent surtout des vols occasionnels et récidivent.
- Les psychasthéniques, timides, introvertis, qui seraient prédisposés à commettre des attentats contre les mœurs, et ne deviennent que très rarement récidivistes.
- Les autres types sont moins souvent rencontrés à l'origine de la délinquance :
  - Les dépressifs, grincheux, hypochondriaques ;
  - Les émotifs ;
  - Les psychopathes manquant de confiance en eux-mêmes ;
  - Les fanatiques.

En dehors de ces 10 types caractérisés, il faut signaler la fréquence des formes mixtes, la possibilité de coexistence d'une déficience intellectuelle. Telle est la classification de SCHNEIDER.

A côté de ce groupe des psychopathies aux limites changeantes d'un auteur à l'autre, il en est un autre qui pose encore des problèmes nosologiques : c'est celui de l'épileptoïdie. Ces sujets ont certains traits caractérologiques : impulsivité, adhésivité affectivo-intellectuelle, les rapprochant des épileptiques (mêmes anomalies intellectuelles ou caractérielles), les prédisposant aux troubles du comportement ; mais ils n'ont pas d'absences, d'incidents moteurs, ni d'équivalents, quoique leur E.E.G. soit anormal. Ce dernier point est très important pour le diagnostic.

#### b) Les névroses et symptômes névrotiques

A côté des névroses classiques, névrose d'angoisse, névrose obsessionnelle, névrose hystérique, névrose phobique, il est très fréquent chez nombre d'individus de rencontrer des symptômes névrotiques isolés. Ils ont la même origine que les névroses mais altèrent beaucoup moins la personnalité du sujet, n'intéressant que certains secteurs du comportement, le Moi étant assez fort pour en limiter les effets. Mais ils n'ont, comme elles, qu'une faible tendance à l'atténuation spontanée et à la réversibilité. Il peut s'agir, par exemple, de phobies circonscrites, de mécanismes d'échec ou d'autopunition, de difficultés dans les contacts sociaux ou dans le domaine sexuel. Névroses et symptômes névrotiques sont donc à l'origine de troubles du comportement. En ce qui concerne la délinquance, les névroses peuvent

certes jouer (délits compulsifs, obsessionnels), mais elles n'ont pas un rôle prépondérant, car refoulement et répression limitent les impulsions dissociales. Par contre, les symptômes névrotiques isolés sont plus souvent en cause. BOVET signale quelques-uns de ces mécanismes : le sentiment d'abandon peut engendrer une dissocialité grave en créant un besoin paradoxal d'éprouver la solidité des liens affectifs par des mises à l'épreuve. Les besoins d'auto-punition sont aussi fréquemment en cause, ainsi que l'agressivité. Certaines pulsions refoulées peuvent être satisfaites symboliquement et délictueusement : vols alimentaires pour compenser une frustration orale, par exemple. Certains mécanismes compulsifs peuvent jouer chez les pyromanes et les fugueurs.

### c) Les psychoses

Il ne s'agit pratiquement ici que de la schizophrénie, en raison de l'âge de ces sujets. A côté de la conception classique de BLEULER, certains tendent à étendre la notion de schizophrénie. Il convient d'ailleurs de faire aussi une part aux états dits "pré-psychotiques" marqués par des difficultés d'adaptation au monde extérieur, ce qui n'exclut pas la possibilité d'instabilité, d'impulsivité explosive, avec des manifestations peu motivées, évoquant des tendances dissociatives débutantes. Puis surviennent des moments d'inhibition profonde, où les liens avec l'ambiance extérieure sont pauvres. Chez ces enfants, on peut voir des fugues dont ils fournissent des explications roidement hostiles, des violences plus ou moins graves dont ils paraissent ne pas se soucier.

Au total, la fréquence de tels troubles est faible.

### 3 - Facteurs psychologiques

Nous envisagerons maintenant d'une part les éléments perturbant l'évolution normale vers l'adaptation sociale, et leurs mécanismes d'action ; d'autre part, les principaux traits de caractère que l'on rencontre chez l'enfant inadapté social, délinquant ou non, et qui expliquent sa fragilité.

#### a) Les troubles de l'évolution vers l'adaptation sociale

Schématiquement, on peut dire qu'il y a au fond de tout individu les tendances les plus dissociales, mais (BOVET) "alors que normalement nous parvenons à élever des barrières suffisamment hautes pour en empêcher la réalisation, au moins sous leur forme primitive, il arrive que, sous l'effet de facteurs permanents ou passagers, ces barrières soient abaissées de façon durable ou momentanée, faisant alors de l'individu un délinquant habituel ou occasionnel. Or, chez l'enfant et l'adolescent, même parfaitement normaux, elles sont sensiblement plus basses que chez l'adulte". BOVET regroupe des données provenant des travaux d'A. FREUD, PIAGET, BUHLER, GESELL, SPITZ, STIRNIMANN, WOLFF, etc... Le nourrisson agit sous la pression de ses besoins, leur cherchant une immédiate satisfaction ; il vit en fonction de son plaisir. Sa découverte de lui-même, du monde extérieur, lui permet d'ébaucher son moi, et s'il continue à chercher à vivre suivant le principe du plaisir, il respecte de plus en plus le principe de la réalité, s'adaptant en particulier aux exigences de l'adulte, ce qui lui apporte la sécurité. On arrive ainsi à une certaine adaptation sociale fondée sur l'équilibre entre principe du plaisir et principe de la réalité. Mais cette adaptation est fra-

gile, fondée sur la seule crainte du gendarme. En fait, pour arriver à une socialisation valable, l'enfant doit nouer et garder des relations objectales affectivement satisfaisantes, renforcer son moi, intégrer un surmoi plus évolué. Progressivement, il peut en arriver à la notion de relations avec autrui fondées sur le respect mutuel, l'échange intellectuel et affectif, enfin l'amour oblatif. La réification des consignes morales et des jugements de valeur est un cas particulier de ce que PIAGET appelle le "réalisme enfantin". Elle joue un rôle important dans l'évolution de ce sens moral, et l'accession de l'enfant à un niveau supérieur dans ce domaine, ce qui lui permettra d'être autonome. Mais ces consignes et jugements de valeurs réifiés sont ceux des adultes de l'entourage. Est bon aux yeux de l'enfant ce qui est conforme à la volonté de l'adulte, pratiquement ce qui attire la récompense. Est mal ce qui amène la punition, et ce qui n'est pas puni n'est pas mal.

L'évolution se fait d'une façon discontinue marquée par des arrêts. Les stades précédents laissent des traces. Des régressions peuvent se produire, subites ou lentes, momentanées ou permanentes, à des niveaux antérieurs. Plus l'enfant est jeune, plus récentes sont les acquisitions antérieures de son comportement, plus fréquentes et plus massives peuvent aussi être ces régressions qui font réapparaître avec une facilité que l'on ne retrouve généralement plus chez l'adulte normal les comportements caractéristiques d'un âge antérieur" (BOVET).

Il importe de souligner l'importance :

1 - d'un milieu familial stable, cohérent, éducatif, satisfaisant les besoins d'affection et de sécurité de l'enfant, lui fournis-

sant des images d'identification valables, soucieux de développer en lui des capacités qui lui permettront une vie autonome avec insertion socio-professionnelle ;

2 - d'une bonne évolution affective qui sous-tend le développement : premiers liens objectifs avec la mère, vécus sur un mode oral, permettant à l'enfant l'acceptation de la non satisfaction immédiate de l'instinct par amour pour elle, et pour en être aimé ; contexte assez satisfaisant pour l'acquisition de la discipline des sphincters et de la maîtrise de l'agressivité lors des stades sadiques ; bonne évolution du stade oedipien qui sera d'une grande importance ultérieure lors de la puberté et de l'évolution vers l'âge adulte.

La puberté constitue d'ailleurs en elle-même une étape difficile, susceptible d'amener bien des difficultés d'adaptation.

Au Congrès de Pédopsychiatrie de Paris (1960), D. LAGACHE et P. MALE y distinguent trois périodes dans la maturation normale des relations avec autrui :

1 - Une période pré-conflictuelle (avant 13 ans chez le garçon). Un renforcement quantitatif des pulsions instinctuelles, notamment sous leur forme anti-sociale, la marque.

2 - Une période conflictuelle : de 13 à 15 ans. Elle comporte une reviviscence de l'oedipe et une dépréciation parentale. Il y a un éloignement de la famille, des tendances au narcissisme et à l'introversiion, et formation d'attachements passionnés à des adolescents du même âge, substitut des parents. Ils peuvent annoncer la relation hétéro-sexuelle future ou marquer un point d'arrêt dans une note homo-sexuelle. Le moi fragile pris entre le déchaînement du ça et un surmoi encore archaïque peut parfois évoluer vers un comporte-

ment d'aspect pathologique.

3 - Période post-conflictuelle : après 15-16 ans. Le moi s'affermit, les relations avec les parents s'améliorent et les relations extra-familiales prennent un caractère plus objectal.

De multiples circonstances peuvent troubler l'évolution de l'enfant. D'une manière un peu schématique, nous envisagerons successivement celles d'origine surtout maternelle, paternelle, liées à la fratrie ou à d'autres membres de la famille, et enfin à l'ambiance générale de celle-ci.

- La mère :

Si une saine ambiance familiale (Pr.MICHAUX) implique une association d'affection et d'autorité modérée juste et hiérarchisée de la part des deux parents, l'affection est surtout l'apanage de la mère, l'autorité celui du père.

Le rôle de la mère, très prédominant dans les premières années de la vie, diminue ensuite tandis que croît celui du père ; puis l'approche de l'état adulte amène un retrait progressif des deux parents qui avaient pris une égale importance pour l'enfant.

Les carences maternelles de la petite enfance ont donc une importance particulière, quelle qu'en soit l'origine : maladie, travail, indifférence, rejet plus ou moins total, éloignement à l'occasion des placements, succession d'images maternelles contradictoires ne permettant pas la naissance de liens durables et homogènes. SPITZ, dans son étude de l'hospitalisme, a précisé les troubles somatiques et psychomoteurs résultant d'une telle frustration en fonction de sa durée. HEUYER note qu'il peut exister un hos-

pitalisme familial. Nous insisterons surtout sur les perturbations qui en résultent dans les facultés de socialisation (inhibition et apparence d'inaffectivité, exigence bruyante d'attention et d'affection), relativement réversibles si la durée de séparation n'est pas trop longue ... Sinon, elles peuvent être irréversibles, conduisant chez le grand enfant, l'adolescent, l'adulte, à des troubles de type psychopathique ou névrotique ou à des actes délictueux résultant de l'inadaptabilité et de l'instabilité.

A l'opposé, la "sur-saturation" d'une mère abusive engendre aussi des troubles. Il s'agit d'ailleurs d'enfants plutôt mal aimés que trop aimés par ces mères captatives et non oblatives, dont les motivations psychologiques profondes sont variables :

- report exclusif ou dominant de l'affectivité sur l'enfant d'une femme veuve, seule, souffrant d'un échec conjugal plus ou moins complet, ou encore devenue tardivement mère ;
- sur-compensation de surface, d'une indifférence profonde, voire d'une hostilité larvée ;
- mère autoritaire parce que femme virile ;
- mère cherchant inconsciemment à prolonger sa propre jeunesse en maintenant son enfant dans un état de petit enfant ;
- mère psychasthénique, obsessionnelle ou anxieuse ;
- mère névrotique ou psychotique.

Les réactions de l'enfant peuvent comporter une opposition franche (révolte) ou passive, souvent marquée d'attitudes régressives (énurésie, encoprésie ...) Mais il peut aussi

accepter ce statut infantile, ce qui en fait un immature.

- Le père :

Les carences paternelles sont variables : absence volontaire ou non, désintérêt du fait d'occupations professionnelles trop occupantes, d'un caractère introverti, schizoïde, ou simplement d'une démission (père incapable, camarade, voire père infantile jaloux de ses enfants).

Dans tous ces cas d'ailleurs, toute la vie du foyer est perturbée. Un point essentiel est alors le manque de sécurité de l'enfant allant de pair avec le manque d'autorité. Celle-ci doit être hiérarchisée : "Le père d'abord, la mère ensuite, adjoint du père. Si possible, le père et la mère seuls. Les frères et soeurs aînés, dont l'enfant tolère souvent si malaisément les ordres, les gouvernantes ne doivent apparaître à l'enfant que nées d'une délégation temporaire de l'autorité paternelle" (Pr. MICHAUX). Cette autorité doit aussi être juste, évitant les inconstances d'humeur, les animosités immotivées. Elle est une des composantes essentielles de la personnalité du père, chef de famille, amenant l'enfant à accepter les règles éducatives, attirant respect et affection, valorisant l'image d'identification maternelle pour le garçon.

Cette autorité, pour s'exercer dans de bonnes conditions, implique une structure familiale normale. Le veuvage, le divorce, la séparation, les absences prolongées sont des facteurs de déséquilibre. Le couple doit aussi être uni, et offrir un bloc indissoluble à l'enfant, sinon celui-ci jouera de la défiance.

Les carences paternelles amènent de multiples conséquences : l'enfant exploite les faiblesses pour avoir des concessions. Il use de l'aspiration de chacun des parents à être le préféré pour obtenir ce qu'il veut, surtout en cas de mésentente, et plus encore de séparation ou de divorce. En l'absence du père, il peut se comporter en tyran familial ou rester fixé abusivement à la mère. Quand l'enfant prend conscience des faiblesses ou des fautes, il peut faire une réaction d'opposition. "La déception provoque l'écroulement des idoles, la rébellion contre les dieux déçus" (Pr. MICHAUX).

A l'opposé, le défaut inverse est possible : il peut s'agir d'une hyperprotection infantilisante par un père anxieux ou obsessionnel, d'une autorité rigide, incompréhensive, d'une cruauté sadique de la part d'un psychopathe, d'un immature, d'un alcoolique, d'un jaloux doutant de sa paternité, d'un père plus ou moins consciemment ou totalement rejetant, voire névrotique ou psychotique. Ici aussi, l'attitude de l'enfant oscille souvent de l'acceptation (réaction de démission) à la révolte (opposition), mais parfois aussi à la compensation, voire la surcompensation. C'est surtout le sentiment d'infériorité qui peut intervenir.

#### - La Fratrie

Les problèmes se posant à l'intérieur de la fratrie se résument surtout à une non évolution satisfaisante d'une rivalité physiologique qui peut avoir un rôle de socialisation positif, sous réserve qu'elle finisse par être dépassée. Nous avons insisté sur sa signification de compétition pour l'amour et l'attention des parents. Les échecs dans ce domaine impliquent donc la persistance de sen-

timents de frustration, de rejet, ainsi que d'agressivité mêlée de culpabilité vis-à-vis du rival, d'où réactions de perversité. Dans l'adolescence et même à l'âge adulte, de tels problèmes peuvent persister et faire l'objet de transferts sociaux ou familiaux.

- Les grands-parents peuvent rivaliser avec les parents, d'autorité ou surtout d'affection vis-à-vis des enfants. C'est une source de carence éducative (enfants tyrans) et de dévalorisation des images parentales. Parfois, il existe un désir inavoué ou conscient de discrediter un gendre ou une belle-fille.

- L'ambiance générale du foyer

Elle peut être liée à une attitude identiquement inadaptée de la part des parents : éducation abusivement répressive ou libérale. Nous n'y reviendrons pas. On peut rappeler d'ailleurs que les mêmes problèmes se posent en collectivité : signalons l'échec de tentatives faites en Allemagne après la première guerre mondiale. Il s'agissait d'établissements scolaires où les enfants étaient totalement livrés à eux-mêmes, sans règlement, sans horaire, sans interdictions ni sanctions. Il est vite devenu tout à fait patent qu'une communauté d'enfants en elle-même était incapable de mener les éléments qui la composaient vers l'état adulte d'une manière satisfaisante.

Mais d'autres problèmes se posent en cas de distorsions de la structure du foyer : parents ayant des conceptions éducatives opposées, cas de la femme virile et du mari passif, parents dissociaux (psychopathes, délinquants, alcooliques). Le retentissement est variable, mais toujours néfaste pour l'enfant.

Dans les cas d'adoption, des difficultés peuvent se voir, causes de troubles du comportement. Il peut s'agir d'une adoption voulue par la femme, plus ou moins acceptée par le mari ; d'une femme qui n'a pas accepté sa stérilité. Ailleurs, l'adoption a été motivée par une mauvaise union conjugale, par la crainte de solitude de conjoints âgés, par le désir de remplacer un enfant mort, de se trouver un successeur dans une situation professionnelle. Très souvent, les échecs résultent donc de l'anxiété, du désir des parents de modeler l'enfant suivant un idéal préconçu, du sentiment qu'ils ont le droit de n'avoir de sa part que des satisfactions, et d'avoir surtout celles qu'ils désirent. Nous signalerons aussi le cas des parents d'enfants infirmes, malades, inadaptés. Leur propre attitude (hyperprotection infantilisante, sentiment de culpabilité et de responsabilité, inacceptation avec exigences dépassant les possibilités, rejet, etc...) engendre des troubles du comportement chez l'enfant. Les frères et soeurs sont souvent perturbés.

Les difficultés sont fréquentes en cas de divorce, les parents pouvant continuer à se haïr, et à se disputer ce qui leur reste de commun : l'enfant, en prendre prétexte pour chercher des bénéfices financiers. Ils peuvent aussi tourner sur l'enfant leur hostilité et leur culpabilité : il est rendu responsable des difficultés. En ce qui concerne celui-ci, la dévalorisation réciproque, l'insécurité, le rejet, amènent des troubles du caractère.

En cas de décès d'un ou des parents, outre la frustration affective, l'enfant éprouve souvent plus ou moins sourdement un sentiment de culpabilité. Il peut en être de même en cas d'abandon. Souvent alors, c'est le ressentiment qui domine.

Les exemples qui précèdent montrent la multiplicité des facteurs qui peuvent troubler l'évolution de l'enfant vers une adaptation sociale satisfaisante. Schématiquement, on peut dire, avec Kate FRIEDLANDER, que l'individu normal bien adapté à la réalité et à la société bénéficie d'un Moi solide, susceptible d'arriver à un équilibre entre les exigences du Ça et du Sur-Moi. A l'opposé, la faiblesse du Moi s'accompagne d'inadaptation. Si le Ça l'emporte sur le Sur-Moi, il s'agit d'un psychopathe, voire d'un délinquant ; si au contraire le Sur-Moi l'emporte sur le Ça, il s'agit d'un névrosé. Celui-ci aussi peut être conduit à la délinquance.

En effet, en cas de conflit, des solutions adaptatives sont possibles (sublimation, identification comme dans l'Oedipe, satisfactions symboliques ou substitutives, et formations réactionnelles dans une certaine mesure). Mais il en est d'autres qui ne sont pas satisfaisantes : refoulement, isolation, régression, projection, surcompensation, voire mécanisme psycho-somatique.

Toutes ces éventualités rendent souvent difficile pour le sujet la réalisation d'un bon équilibre avec le milieu, tenant compte des possibilités, des exigences, et d'une remise en question permanente due à l'évolution des situations.

#### b) Structure caractérielle

S. et E. GLUECK ont comparé leurs 500 délinquants et leur groupe de référence en ce qui concerne les points suivants :

- dynamisme émotionnel,
- convoitise sensible et sentiment esthétique,
- orientation générale de la personnalité,

- conflits affectifs,
- données du Rorschach.

- Dynamisme émotionnel : 15 p.cent de délinquants (contre 31 p.cent de non délinquants) gardent une conduite équilibrée et efficace en toutes circonstances. Par contre, 28 p.cent des délinquants contre 14 p.cent des non délinquants apparaissent dynamiques. Il y a trois fois plus de délinquants qui sont franchement agressifs ; 55 p.cent contre 18 p.cent ont une soif d'aventure excessive, avec goût du changement, besoin d'excitation et attrait du risque. 57 p.cent des délinquants contre 29 p.cent des non délinquants sont extravertis ; 18 p.cent contre 50 p.cent ont des réactions émotives modérées et appropriées ; 60 p.cent contre 20 p.cent sont suggestibles ; 41 p.cent contre 8 p.cent entêtés.

- Convoitises sensibles et sentiment esthétique :

20 p.cent des délinquants (contre 6 p.cent des non délinquants) ont une tendance marquée à satisfaire toutes leurs convoitises ; 21 p.cent contre 14 p.cent sont portés au chapardage ; 17 p.cent contre 39 p.cent ont un goût du fini et un sens artistique.

- Orientation générale de la personnalité : 25 p.cent des délinquants contre 49 p.cent des non délinquants sont conformistes ; 9 p.cent contre 54 p.cent consciencieux et soucieux de mener à bonne fin leurs entreprises ; 8 p.cent contre 23 p.cent ont le sens des réalités ; 19 p.cent contre 35 p.cent apprécient pratiquement si une chose est faisable ou non ; 29 p.cent contre 11 p.cent sont incapables d'auto-critique ; 14 p.cent contre 2 p.cent sont égocentriques et refusent de

aire des concessions.

- Conflits affectifs : Ils sont plus fréquents chez les délinquants : 75 p.cent, contre 38 p.cent chez les non délinquants. Ils portent surtout sur les relations avec le père (23 p.cent contre 5 p.cent). Ce dernier point gêne l'identification, notamment au point de vue sexuel. Le père ne manifestait envers son fils une sincère affection que dans 4 cas sur 10 chez les délinquants, au lieu de 8 sur 10 chez les non délinquants. De même la mère, 7 sur 10 au lieu de 9,5 sur 10. La mère de 1/4 des délinquants au lieu de 1/7 était hyperprotectrice. Quant aux enfants, 3/10 au lieu de 6/10 avaient pour leur père une affection étroite, et pour leur mère 7/10 contre 9/10 ; 2/10 considéraient leur père comme le genre d'homme qu'ils voudraient être, avaient de la considération pour sa situation professionnelle et sociale, une manière commune de juger et de comprendre, contre plus de la moitié des non délinquants.

2/10 (contre 7/10) avaient le sentiment que leurs parents étaient réellement soucieux de leur bien-être. (Rappelons que, pour EALY, 93 p.cent des délinquants se trouvent malheureux dans leur foyer et que 20 p.cent seulement disent avoir des relations satisfaisantes avec leurs parents).

6/10 (contre 4/10) des parents étaient tout fait insouciants de l'avenir de leurs enfants.

6/10 (contre 1/10) des mères ne prêtaient pas attention à la mauvaise conduite de leur enfant.

Pratiquement, il n'y avait pas de conflit affectif grave avec d'autres personnes que les parents.

Enfin, 33 p.cent des délinquants (contre 18 p.cent des non délinquants) éprouvaient un sentiment d'infériorité physique et mentale).

La façon de résoudre les conflits affectifs est apparue différente : 68 p.cent des délinquants (contre 31 p.cent) les projettent au dehors, sans inhibition, sans se soucier de ce que leur conduite soit ou non anti-sociale.

5 p.cent (contre 42 p.cent) sont introvertis.

Ces sujets, émotivement moins stables, plus dynamiques, agressifs, aventureux, suggestibles, entêtés, sont donc enclins à des décharges impulsives et irréfléchies, à céder immédiatement à leur convoitise. Ils se trouvent donc d'autant plus exposés à la délinquance. Par ailleurs, ils sont moins conformistes, moins consciencieux, moins réalistes, moins pratiques, moins critiques sur eux-mêmes et plus égocentriques. Enfin, le nombre des conflits auxquels ils ont à faire face est plus grand et ils ont moins d'aide pour leur trouver une solution socialement adaptée.

#### - Données du Rorschach

L'analyse a porté sur les points suivants :

- a) attitude de base envers l'autorité et la société ;
- b) sentiments d'insécurité, d'anxiété, d'infériorité, de frustration ;
- c) dispositions bienveillantes ou hostiles ;
- d) attitude de dépendance ou d'indépendance ;
- e) motivations des efforts ;
- f) attributs d'ensemble de la personnalité.

a- Attitudes de base envers autorité et société

Parmi les traits fondamentaux qui sont en jeu, on peut retenir :

- affirmation de soi : 45 p.cent des délinquants contre 21 p.cent des non délinquants ;
- insolence : 50 p.cent contre 12 p.cent ;
- esprit de soumission (dans un but de sécurité) : 27 p.cent contre 80 p.cent ;
- attitude ambivalente envers l'autorité : 2 p.cent contre 20 p.cent.

Donc, chez les délinquants, au total, attitude d'affirmation teintée d'agressivité cachant une faiblesse et une insécurité ?)

b - Sentiment d'insécurité, d'anxiété, d'infériorité de frustration

Un sentiment vague d'insécurité et d'anxiété fut relevé dans des proportions comparables (89 p.cent contre 96 p.cent), ce qui est à rapprocher des communes conditions de vie des quartiers déshérités.

L'inquiétude obsédante était moins fréquente chez les délinquants ( 18 p.cent contre 9 p.cent).

Le sentiment de n'avoir pas été désiré, de n'être pas aimé, était général et identique dans les deux groupes (92 p.cent contre 7 p.cent), et il est à souligner qu'il co-existait avec une hyperprotection des parents, dans un certain nombre de cas.

Même identité de fréquence aussi pour le sentiment de n'être l'objet d'aucune sollicitude (29 p.cent contre 24 p.cent) et d'être compté pour rien (59 p.cent contre 64 p.cent).

Le sentiment de n'être pas apprécié à sa juste valeur était plus fréquent chez les délinquants (36,1 p.cent contre 24,5 p.cent), et moins le sentiment de faiblesse (42 p.cent contre 54 p.cent), ou la peur de l'échec (44 p.cent contre 63 p.cent).

L'impression d'être frustré était plus courante chez eux (74 p.cent contre 51 p.cent).

Il convient donc ici d'insister, non pas seulement sur ce qui distingue ces deux groupes, mais aussi sur ce qui leur est commun : ils ne se sentent ni désirés, ni aimés, privés de sollicitude et pas pris au sérieux. Il est probable que l'identité et la nature du milieu d'origine, économique et culturel, doit jouer un rôle.

#### c - Bienveillance et hostilité

Des dispositions bienveillantes de la part de ceux avec lesquels l'enfant prend contact sont communément absentes (96 p.cent des délinquants et 93 p.cent des non délinquants).

L'hostilité envers les autres existait chez 60 p.cent des délinquants contre 37 p.cent des non délinquants ; une attitude soupçonneuse envers eux chez 51 p.cent contre 27 p.cent ; et 49 p.cent contre 15 p.cent avaient tendance à détruire, à faire du mal. 56 p.cent contre 44 p.cent avaient une attitude de défense exagérée, essentiellement injustifiée. Un nombre plus grand de délinquants que de non délinquants se cuirassait donc de dispositions exagérément défensives devant la vie.

#### d - Attitude de dépendance ou d'indépendance

L'attitude de dépendance, recherche d'affection et de sécurité, se rencontrait chez 69 p.cent des délinquants contre 86 p.cent des

non délinquants. Un super-conformisme chez 7 p.cent contre 19 p.cent ; un conformisme chez 25 p.cent contre 47 p.cent. 92 et 95 p.cent des garçons étaient incapables de s'exprimer naturellement et avec spontanéité ; dans les domaines du sentiment, de la pensée ou de l'action, 73 p.cent des délinquants contre 64 p.cent des non délinquants s'estimaient capables de se diriger eux-mêmes.

#### e - Motivations des efforts

Des tendances narcissiques existaient chez 23 p.cent des délinquants contre 14 p.cent des non délinquants. Des tendances masochistes chez 15 p.cent contre 37 p.cent. Des tendances réceptives de type oral (avidité à recevoir) chez 30 p.cent contre 14 p.cent ; et des impulsions sadiques chez 49 p.cent contre 16 p.cent. Ces garçons étaient donc plus infatués d'eux-mêmes, plus parasites, plus destructeurs et moins auto-punitifs.

#### f - Attributs d'ensemble de la personnalité

Une tendance à exprimer ses émotions sans les retenir existait chez 44 p.cent des délinquants contre 19 p.cent des non délinquants. La maîtrise de soi n'était présente que chez 39 p.cent des délinquants contre 66 p.cent des non délinquants. Ils apparaissaient vifs et emballés dans 51 p.cent des cas (contre 33 p.cent).

Cette propension à un passage immédiat et sans réflexion aux actes expose manifestement, dans les conditions de vie qui sont les leurs, les garçons à tomber dans des activités inadaptées anti-sociales.

Avec S. et E. GLUECK, on peut donc conclure que la personnalité de l'enfant délinquant comporte un ensemble de dispositions dynami-

ques émotionnelles qui le rendent sans inhibition, indomptable, sans réflexion, et qu'il possède à l'excès les traits et tendances qui ont le plus de chances de gêner et d'empêcher une adaptation normale et suffisante aux exigences de l'ordre social.

Les grandes villes, qui représentent le champ d'activité de ces sujets, leur donnent les occasions d'une inadaptation persistante et de la délinquance.

Divers auteurs, en dehors des facteurs précédents souvent retrouvés dans les divers groupes de délinquants, insistent sur un trait fréquent du comportement de ces enfants inadaptés : l'instabilité psychomotrice. Pour BOURRET, THEVENIN et GIRARD, elle existe dans 32 p.cent des cas. Certes, elle peut être expliquée parfois par des facteurs constitutionnels, mais souvent elle paraît exogène, acquise en particulier du fait de facteurs psychiques (instabilité conditionnée de HEUYER et LEOVICI). En elle-même, elle accroît les difficultés du fait des réactions de l'entourage.

Une nouvelle fois, on rejoint le problème de la prédisposition et des éléments déclenchants qui s'entremêlent.

Les types de constitution jouent pour faire de l'enfant un pervertissable, surtout s'il s'agit d'anomalies caractérielles, de type émotif ou paranoïaque (Pr. MICHAUX), l'ambiance faisant de ces enfants des pervers conditionnels. En effet, l'enfant paranoïaque, par son orgueil et sa méfiance qui feront de lui un insatisfait, les troubles de son jugement qui feront qu'il se trouve incompris, voire méconnu et souvent persécuté, y est à l'évidence prédisposé. L'émotif par compensation, démission, imitation, opposition, devant son

omplexe d'infériorité et du fait de ses tendances sado-masochistes, peut aller jusqu'à la délinquance. Parmi les facteurs déterminants édicandant de tels terrains, le plus essentiel emble être la déficience de l'autorité.

Le symptôme relève de facteurs très divers uivant le terrain en cause. A titre d'exemple, le vol, en dehors de la débilité ou 'une schizophrénie débutante, peut se voir chez des instables ( impulsivité, suggesti- ilité), des cyclothymiques (facétie ou auto- éconsidération) , des obsédés (kleptomanie, ollectionnisme), des paranoïaques (vengeance, evendication), des schizoïdes (désir de rê- erie), des pervers, des épileptiques (équiva- ents ou vols conscients).

## ONCLUSION

Parmi les facteurs personnels, nous reten- rons :

Des éléments somatiques : pour la délin- uance, prédominance chez le garçon à la pu- erté. Rôle individuel possible, beaucoup lus que statistiquement, d'affections diverses terieures. Le type morphologique paraît éga- ement jouer.

La multiplicité et la précocité des change- ents de milieux de vie ont une action très anifeste.

Des facteurs intellectuels (une débilité égère est favorisante), psychiatriques (les ychoses sont bien rares, mais interviennent yvroses ou symptômes névrotiques, psychopathies ; perversions), enfin psychologiques.

Dans la perturbation de la maturation et de a socialisation jouent surtout des facteurs ternels (affection) et paternels (autorité).

Les carences dans ce dernier domaine semblent spécialement propres, sur certains terrains prédisposés, à faire naître des perversions conditionnées.

- III -

FACTEURS SOCIAUX

-:-

Nous avons recherché les particularités familiales et personnelles qui donnent à ces enfants des caractères propres les conduisant à l'inadaptation, voire à la délinquance. Mais ceci se fait bien souvent à l'occasion de facteurs extra-familiaux.

Nous envisagerons maintenant les plus importants d'entre eux :

A - L'échec à l'école ou dans l'apprentissage d'un travail, qui est tout à la fois déjà l'expression de cette inadaptation, mais qui devient à son tour une cause pour le futur.

B - Les loisirs (cinéma et lectures notamment)

C - La vie en milieu urbain

D - L'appartenance à une bande

E - Certaines circonstances sociales  
-(guerres, crises économiques)

- ECHEC DANS LA SCOLARITE OU L'APPRENTISSAGE

1 - L'échec scolaire

Il est très fréquent, très variable dans son degré et dans ses causes, mais toujours défavorable dans ses conséquences, point sur lequel HONORE insiste beaucoup dans sa thèse.

HEUYER, dans son groupe de 400 délinquants, constate que 46 p.cent ont fréquenté régulièrement l'école, 50 p.cent d'une façon variable, et que 4 p.cent ne l'ont pas fréquentée.

Bien souvent, cette irrégularité est à imputer aux parents. L'école buissonnière est une manifestation fréquente des troubles du caractère ; elle résulte d'une instabilité et d'un refus de la discipline et du travail, et elle expose aux tentations de la rue. De plus, l'enfant prend le goût d'une vie facile et accroît son retard scolaire. Les changements d'école (par changement de résidence, retrait volontaire ou renvoi) sont également néfastes.

8,7 % ont été renvoyés 1 fois

3 % 2 fois

0,69 % 3 fois.

ceci presque toujours pour des troubles du caractère.

Quant au niveau scolaire, le retard est fréquemment considérable (65,5 p.cent) :

6,2 % sont illettrés.

28,3 % seulement ont un niveau normal.

Etant donné que dans ce groupe, les déficits intellectuels sont chiffrés à 45 p.cent, le problème du retard scolaire dépasse le cadre des déficiences. Sur 1.386 pupilles des Maisons d'Education Surveillée, 82 p.cent avaient un retard scolaire.

Souvent, ces enfants n'arrivent pas à obtenir le C.E.P. et sont par là handicapés pour un apprentissage.

BOURRET et THEVENIN signalent 772 retards scolaires pour 1.172 enfants delinquants et 33 illettrés totaux.

S. et E. GLUECK comptent deux fois plus de délinquants que de non délinquants n'ayant pas dépassé un niveau scolaire équivalent à la classe de fin d'études. Les délinquants avaient un retard d'au moins 1 an sur les non délinquants, bien qu'ils soient entrés à l'école sensiblement au même âge. Les changements d'établissement scolaire dans leur groupe avaient été plus fréquents (4/10 contre 2/10 ayant fréquenté plus de 5 écoles).

Deux fois plus de délinquants que de non délinquants étaient en retard de deux ans et plus sur la classe de leur âge; 28 p.cent contre 8 p.cent de trois ans et plus.

2/10 contre 1/10 avaient été dans des classes d'arriérés scolaires. Tous ces points sont d'autant plus importants que les quotients intellectuels étaient les mêmes dans les deux groupes.

5/10 contre moins de 2/10 n'avaient aucun intérêt pour l'école.

Les résultats étaient mauvais dans 4/10 des cas contre 1/10 et moyens dans 6/10 contre 9/10. Dans les deux groupes, 1/100 seulement avait un très bon niveau.

1/10 des délinquants contre 7/10 des non délinquants acceptaient volontiers l'école.

Les relations avec les camarades étaient bonnes dans 4/10 des cas contre 7/10, médiocres ou mauvaises dans 2/10 contre 1/10, et 9/10 contre 2/10 avaient eu à l'école une mauvaise conduite persistante.

18 p.cent contre 6 p.cent étaient déjà dans ce cas au tout début de la scolarité.

95 p.cent contre 10 p.cent faisaient l'école buissonnière, et l'âge moyen auquel ils avaient commencé était de 10 ans contre 12 ans  $\frac{1}{2}$ .

Les maîtres signalaient fréquemment qu'ils étaient des élèves difficiles, inattentifs, paresseux, désobéissants, cherchant à distraire leurs camarades et à semer le désordre. Un délinquant sur 5 avait volé à l'école, aucun des non délinquants. Parmi les premiers, il y en avait plus qui trichaient, se montraient butés, vindicatifs, arrogants, querelleurs, qui disaient des obscénités et endommageaient le matériel scolaire.

Mais cet échec scolaire n'est pas le propre des délinquants.

Au Centre d'Observation de Vitry, la proportion des retards scolaires est de 75 p.cent, alors que dans les écoles primaires de la Seine, elle était :

- en 1946-47 de 52 %;
- en 1953-54 de 44 %,
- en 1956 de 32 %.

FAU s'attache aux problèmes d'acclimation au groupe à l'école. Il signale parmi les facteurs d'inadaptation, outre des causes réactionnelles au milieu familial, d'autres qui sont liés à l'enfant : le récessif, lent, est difficilement intégrable ; de même, le solitaire rêveur, ou le révolté agressif, ou celui qui garde à 9 ans la soumission infantile magique de ses 6 ans et se transforme en délateur (signe majeur d'inadaptation au groupe).

Le Docteur LAUNAY signale que les enfants conduits dans des centres psycho-pédagogiques ont, dans la très grande majorité des cas, des troubles du comportement : instabilité, vols, fugues, phobies de l'école, colères impulsives, mensonges, tricheries. Chez 50 p. cent d'entre eux, c'est là le motif principal de la consultation. Ils sont habituellement associés au mauvais travail scolaire (rencon-

tré dans 50 p.cent des cas), parfois à des difficultés particulières : troubles de lecture, de l'écriture, gaucherie (15 p.cent des cas), troubles du langage (bégaiement , etc...) (10 p.cent des cas), ou à des troubles psycho-somatiques (10 p.cent des cas ).

Les causes des difficultés scolaires sont fort nombreuses. Certes, il peut s'agir de déficiences intellectuelles qu'il importe de dépister, de difficultés dans les acquisitions de base, en relation avec des problèmes d'organisation temporo-spatiale, de latéralisation, des retards de la motricité ou du langage, comme ce peut être le cas dans la dyslexie, la dysorthographe, la dyscalculie. Il peut s'agir aussi de problèmes pédagogiques (méthodes, classes trop nombreuses, etc...). Mais dans nombre de cas, et même en ce qui concerne les éventualités précédentes, des difficultés psychologiques sont en cause pour expliquer l'inintérêt, l'inattention, l'opposition, l'inhibition, les évitements par crainte d'échec, ou les conduites d'échec. C'est dire à quel point les difficultés familiales de cet ordre peuvent être l'origine des troubles, ou les entretenir (parents indifférents à la vie scolaire de l'enfant, par exemple).

## 2 - Echec à l'apprentissage

Après 14 ans, certes, si la scolarité est poursuivie, des difficultés analogues peuvent se rencontrer, mais pour la plupart se pose le problème de l'apprentissage et du travail, avec souvent l'handicap de l'échec scolaire. C'est ainsi que, au Conseil Municipal de Paris, il a été signalé que la moitié seulement des garçons faisant partie d'une bande possèdent leur C.E.P.. De ce fait, des difficultés

très réelles de préparation d'un C.A.P. se posent. Dans la mesure où elle est possible et comporte une activité de type scolaire, les mêmes difficultés persistent. Les échecs sont donc fréquents, surtout du fait de l'instabilité, et du comportement agressif. Aussi, secondairement ou d'emblée, une tentative de mise au travail est donc faite par la famille. Le rendement et l'attitude de ces garçons font que l'employeur, qui n'est pas soumis aux mêmes obligations que l'école, les renvoie souvent à moins qu'ils ne s'en aillent d'eux-mêmes. La succession d'échecs dans les branches les plus diverses objective à nouveau l'inadaptation, mais aussi la renforce. Elle conduit au dégoût du travail, à l'oisiveté, au vagabondage dans la rue et souvent à la délinquance. Ces constatations ne sont d'ailleurs pas nouvelles puisque HEUYER, en 1940, signalait que 44,6 p.cent des délinquants seulement avaient bénéficié d'un apprentissage, et que 55,4 p.cent n'en avaient jamais fait. Parmi les premiers, beaucoup ne l'avaient pas terminé. 25,8 p.cent avaient été renvoyés une fois ou plus.

60 p.cent n'avaient pas de travail au moment du délit, et seulement 10 p.cent étaient alors en apprentissage, 25 p.cent au travail.

CHAZAL, lui aussi, insiste dans les causes profondes de la constitution des bandes sur ce chômage des jeunes. "La faiblesse de leur niveau scolaire leur interdit la fréquentation de nombreux Centres de Formation professionnelle, et en raison des charges sociales élevées, les artisans hésitent de plus en plus à prendre des apprentis dans leurs ateliers".

## B - LES LOISIRS

L'emploi des loisirs est bien souvent invoqué comme facteur étiologique important. Ceci est valable, mais avec certaines nuances.

S. et E. GLUECK ont aussi étudié la manière dont ces enfants délinquants occupaient leur temps libre :

- a) 1/5 contre 2/5 des non délinquants participaient aux tâches ménagères.
- b) 48 p.cent (contre 10 p.cent) préféraient les distractions aventureuses:
  - 90 p.cent contre 25 p.cent étaient des habitués des vols de véhicules ou du saut sur les camions en marche.
  - Plus de 90 p.cent contre moins de 10 p.cent rôdaient la nuit dans les rues et se couchaient tard.
  - 67 p.cent contre 10 p.cent entraient sans billet au cinéma.
  - 62 p.cent contre 4 p.cent prenaient plaisir à endommager le matériel.
  - 59 p.cent contre 1 p.cent vagabondaient hors du foyer.
  - 53 p.cent contre 9 p.cent se livraient aux jeux de hasard.
  - 13 p.cent contre 0,4 p.cent jouaient avec le feu et les explosifs.
  - 95 p.cent contre 60 p.cent avaient coutume de rôder dans les carrefours.
  - 46 p.cent contre 27 p.cent sur les terrains vagues et 30 p.cent contre 16 p.cent sur les quais.
  - 15 p.cent contre 0,8 p.cent fréquentaient les piscines, les dancings et les établisse-

ments comportant des "machines à sous".

c) 42 p.cent contre 98 p.cent passaient quelques-unes de leurs heures de loisir à la maison.

### Le cinéma

Sur l'influence du cinéma, les opinions sont loin d'être unanimes. Le plus généralement, elle est considérée comme importante et manifestement néfaste. En fait, on manque d'études objectives précises dans ce domaine. De par sa diffusion, le cinéma touche un nombre énorme d'enfants et d'adolescents.

Mais il apparaît que les jeunes inadaptés fréquentent particulièrement souvent les salles de cinéma. Des renseignements fournis au Conseil Municipal de Paris, il résulte que 50 p.cent des adolescents appartenant à une bande y vont deux fois et plus par semaine. Par comparaison, on peut citer une enquête récente sur 2.500 jeunes (Loisirs et Jeunes) donnant une idée de la fréquentation moyenne des salles dans la population normale : 1,5 p.cent n'y vont jamais, 11 p.cent rarement, 88,37 p.cent de 1 à 3 fois par mois, et 0,13 p.cent plus de deux fois par semaine. Ceci explique, à l'évidence, les différences d'action du cinéma sur les enfants et adolescents.

ROUVROY donne une responsabilité au cinéma dans 31 p.cent des délits commis par des jeunes.

ROBIN considère aussi que l'influence de l'écran est désastreuse.

CHAZAL estime qu'il faut faire une distinction entre action directe et responsabilité indirecte. Celle-ci est indiscutable pour lui. Il retient le nombre important de vols commis par des mineurs pour leur permettre la fréquentation assidue des salles de cinéma, quotidienne

et même bi-quotidienne. (La fête foraine joue d'ailleurs le même rôle). Dans d'autres cas, dépourvu d'argent, l'enfant s'y introduit par effraction. Il y trouve une évasion vers l'aventure, le luxe et la féerie, et il accueille sans discussion l'image animée. Certes, il est rare, bien que possible, de voir des délits directement suggérés par un film que l'enfant continue à vivre dans la réalité. Mais les phénomènes d'imprégnation et d'identification ont une action beaucoup plus importante : il est des mineurs intoxiqués par des films de gangsters, vus cinq ou six fois par semaine, qui commettent un jour vol et attaque à main armée. Certains films, érotiques ou sentimentaux, finissent par induire à la fugue ou à l'aventure. L'enfant s'identifie à certains personnages familiers de l'écran : coiffure, tics, expressions de désinvolture, réactions de cynisme ou de brutalité (Une telle identification est aussi fréquente avec telle ou telle vedette de la chanson ou du rythme : rock par exemple).

L'imbibition cinématographique rend l'enfant désadapté à ses tâches journalières, à la monotonie quotidienne, le rend insatisfait, le conduit à l'aventure. L'univers de l'écran lui paraît authentiquement réel et lui laisse croire que ces formes artificielles ou anormales de la vie constituent la réalité même de tous les jours : luxueuse facilité, surhomme triomphant sans effort d'invraisemblables obstacles, débordements sexuels, etc... En outre, l'obscurité de la salle favorise les liaisons rapides, les gestes licencieux ou obscènes ; certaines filles sont ainsi conduites à la prostitution et certains garçons à l'homosexualité.

A l'opposé de l'opinion de CHAZAL, si généralement admise, il faut pourtant citer celle

de Josette FRANK à propos de la radio, que certains retiennent aussi à propos du cinéma : "Ces sortes d'aventures vicariantes, ces évasions, ces excitations sont nécessaires et importantes pour beaucoup d'enfants comme une soupape à leurs pulsions affectives, et en particulier à leur sentiment d'agressivité".

Dans une moindre mesure, d'autres loisirs peuvent faire l'objet d'une discussion analogue : radio, télévision, et même lectures (romans policiers et illustrés ...).

A ce sujet, citons à nouveau les chiffres donnés au Conseil Municipal de Paris à propos des adolescents de bande :

- 53 p.cent ne lisent que des illustrés ;
- 80 p.cent n'ont aucune activité sportive
- Dans l'ensemble, totale indifférence pour problèmes politiques et religieux.

Enfin, nous insisterons sur l'attirance pour le bal (occasion ou prétexte à rencontre des partenaires de l'autre sexe) et pour le véhicule motorisé (cyclomoteur, scooter, moto, voire automobile) qui semble apporter avant tout un sentiment de puissance, et une manière bruyante d'attirer l'attention par une utilisation appropriée en s'affirmant du même coup. Vols et accidents peuvent en résulter. Il convient de ne pas sous-estimer l'attrait pour le juke box du café. Les occasions de consommer des boissons alcoolisées qui pourraient en découler ne semblent pas poser de problème important à l'heure actuelle en France, pas plus que d'autres toxicomanies, contrairement à ce qui se produit aux U.S.A., sauf dans certains groupes.

L'attrait pour la musique bruyante et rythmée, surtout si elle n'est pas goûtée par les générations antérieures, est souvent puis-

sant. Il est une occasion de rencontre et fait naître une âme collective. On connaît l'ambiance de certains festivals de rock, et ... les dégâts qui s'ensuivent.

## C - LE MILIEU URBAIN

La vie urbaine, surtout celle des grandes agglomérations et en particulier de la région parisienne, apparaît comme un facteur de première importance dans le développement de la délinquance juvénile et de l'inadaptation.

En 1942, HEUYER signalait que sur 1.713 pupilles de l'ensemble des Maisons d'Education surveillée de France, 69 p.cent étaient d'origine urbaine et 31 p.cent d'origine rurale. La prédominance des troubles chez les enfants vivant en ville n'a fait que s'accuser depuis.

BOVET, avec ELLIOTT et SMITH, y insiste également. Il rapporte d'ailleurs, à ce propos, le travail de Pauline JUNG. Cet auteur a étudié la secte russe des Molokans qui émigrèrent à Los Angeles entre 1905 et 1908. En 22 ans, dans cette communauté dont la constitution ethnologique est restée constante, le taux de la délinquance juvénile est passé de 5 à 80 p.cent de l'ensemble des mineurs.

Mme CHOMBART de LAUWE analyse aussi les répercussions de la vie urbaine sur l'adaptation sociale de l'enfant. Celui-ci se développe physiquement et intellectuellement plus vite, mais les stimulations de la ville peuvent être excessives. Elles provoquent des déséquilibres chez les individus, dans la famille et dans tous les groupes sociaux : problèmes de logement et de loisirs, accroissement de l'alcoolisme, des divorces, dimensions de la famille ramenées au couple parental et aux enfants, fragilisation de cette famille. Le

bruit, l'agitation, les difficultés de toutes sortes perturbent l'équilibre nerveux. Nous n'insisterons que sur quelques points particuliers :

- D'une étude analytique par quartiers faite à Paris et à Bordeaux, il résulte que les enfants suivis pour troubles du comportement proviennent très souvent des quartiers à niveau socio-économique bas (mais non à niveau sous-prolétarien). La population ouvrière y est importante (30 à 40 p.cent), mais il ne s'agit pas plus précisément d'ouvriers non spécialisés. Les conditions de logement y sont très mauvaises (surpeuplement, insalubrité, vétusté), et grandes les difficultés budgétaires. Très souvent aussi, il s'agit d'enfants domiciliés dans des quartiers de brassage et d'acculturation. La proportion d'étrangers, de Nord-Africains et de gens venus de province depuis peu, y est plus grande qu'ailleurs. Le logement est souvent représenté par l'hôtel, et il n'est pas rare qu'il s'agisse de zones proches des gares. Ces deux types de quartiers se superposent parfois.

- La délinquance est plus fréquente dans les milieux sous-prolétariens, là justement où n'ont pas été dépistés et traités les troubles du comportement. L'ensemble du milieu est inadapté par rapport à la société globale. Il est probable que les troubles de l'enfant n'excèdent pas le seuil de tolérance du milieu, et ce n'est que lorsqu'il est transporté dans d'autres milieux, ou lorsque son comportement atteint un niveau anti-social grave que ses troubles sont alors reconnus devant des délits marquants.

- L'importance de la délinquance dans les grands ensembles est à souligner : 21 p.cent de la délinquance juvénile provient d'enfants qui vivent dans des H.L.M. Parmi les facteurs

en cause, citons l'exiguité et la sonorité des logements, l'absence des parents qui fréquemment travaillent tous les deux, le regroupement de nombreux enfants livrés sans aucune surveillance à eux-mêmes, le brassage d'éléments ayant reçu une éducation saine et d'autres qui ont vécu sur un mode asocial, enfin l'absence de loisirs organisés. Dans ces conditions, le regroupement en bandes, dans les caves, sur les terrains vagues, est habituel, avec toutes ses conséquences. La multiplication actuelle de ces grands ensembles pose donc un problème fondamental.

- Même lorsque le facteur précédent n'est pas en jeu, les conditions de logement et de vie familiale, et son attirance personnelle, font que l'enfant joue dans la rue. Même là, il se groupe avec d'autres enfants, et souvent il erre plus ou moins à l'abandon, à l'affût de toutes les sources de distraction. Il semble qu'un des pôles d'attraction soit représenté par les "Monoprix" où il peut musarder, satisfaire ses besoins de couleur, de lumière, de musique. Mais ces magasins sont aussi des endroits de rencontre, de jeux, de larcins. Souvent, il s'agit de petits vols, surtout alimentaires ; mais par excitation mutuelle, les enfants sont parfois conduits à s'approprier des objets plus importants.

#### D - LES BANDES

On voit avec quelle facilité la vie urbaine, dans bien des cas, amène l'enfant à se grouper avec d'autres. C'est encore plus vrai de l'adolescent qui y a naturellement tendance. Certains de ces groupes, certes, aident à la socialisation, mais ils sont alors

transitoires, et ils unissent des adolescents normaux antérieurement adaptés (FAU). Pour ceux qui étaient antérieurement inadaptés, le groupe ne fait qu'aggraver la désadaptation. Nous n'envisagerons ici que ces bandes pathologiques.

Bien que S. et E. GLUECK trouvent abusif de parler de cause de délinquance à propos de l'appartenance à une bande parce que la plupart du temps c'est beaucoup plus tôt que sont apparues les premières manifestations anti-sociales (dès l'âge de 7 ans pour la moitié de leurs cas), il n'en reste pas moins que ce facteur si important ne saurait être négligé. Sans être un phénomène nouveau, ces bandes se sont multipliées depuis la fin de la dernière guerre. Elles représentent un phénomène mondial. (Europe, U.S.A., U.R.S.S., Japon, Afrique du Sud).

Citons, à titre d'exemple, l'existence, en 1958, à New-York, de 283 bandes connues.

Déjà, en 1942, HEUYER, dans sa statistique, constatait que certains délits étaient souvent commis en bande : ainsi les vols ; 29 p.cent isolément (surtout escroqueries, abus de confiance) et 36 p.cent en bandes (vols simples, cambriolages, vols à main armée). Ce phénomène social si important a fourni un thème à de nombreux ouvrages et à de nombreux films. Nous envisagerons quelques points relatifs à la formation des bandes pathologiques, à leur structure, aux éléments psychologiques qui sont à leur base, et à leurs activités. Elles naissent spontanément en raison des multiples facteurs, familiaux et personnels, que nous avons vus, surtout dans les grands ensembles, et ceci d'autant plus facilement que l'adolescent, en quête d'autonomie, demande au groupe de l'aider à

acquérir celle-ci. Tout groupe d'adolescents est toujours chargé d'opposition (FAU) (même les groupes normaux).

Le groupe pathologique reçoit des enfants qui arrivent à la fin de l'âge scolaire inadaptés, aussi bien aux groupes normaux qu'au travail. Si le pré-délinquant réalise sa délinquance dans le groupe et par le groupe, c'est parce que celui-ci, comme un groupe normal, décharge l'individu de sa responsabilité, allège sa culpabilité, lève les inhibitions. Trois mécanismes s'ajoutent et se complètent :

- un rôle disculpateur magique ("le chef fait le premier"),
- une organisation des moyens (ici encore, rôle du chef),
- un code du groupe qui lui fournit une sorte de morale ("la bande a son honneur" - CHAZAL).

Le groupe se protège par la ségrégation et par le report de la haine sur des personnages revêtus d'une signification symbolique, tandis que tout ce qui concerne le groupe prend un caractère sacré. Le groupe imprègne souvent inconsciemment ses membres de son style de vie.

Il est des bandes qui accomplissent leur premier délit, simplement parce que l'occasion s'y prête ; généralement peu structurées, elles sont unies par des motivations inconscientes que le délit fait émerger au niveau de la conscience collective.

Il en est d'autres très structurées qui étaient pathologiques avant même d'avoir été délinquantes, car les membres étaient porteurs de troubles et parfois délinquants solitaires. Leur vie implique des délits qui

en sont les grands moments.

Si leur importance numérique est très variable, la personnalité du chef est fort importante. C'est souvent le plus fort, le plus violent, le plus ambitieux. Il possède un don de présence. Souvent intelligent, il cherche à dominer. Il a souvent des tendances paranoïdes. S'il ne sait pas s'imposer par son autorité naturelle, ses capacités d'organisation et d'adaptation aux conditions nouvelles, son intuition, il ne sera reconnu comme leader que d'une façon éphémère. Liée par des caractéristiques et des rites (code, uniforme, signes de reconnaissance, cérémonial d'admission, repaire, etc...), la bande l'est surtout par les besoins psychologiques de ses membres. Le plus souvent, c'est la recherche de compensation d'une carence affective, d'un sentiment d'infériorité et d'insécurité, d'un manque d'image d'identification parentale satisfaisante qui laissent l'enfant en désarroi. Il existe parfois des tendances homosexuelles latentes, et pratiquement toujours une immaturité affective avec agressivité, opposition, recherche d'évasion et de satisfaction hédonique immédiate (CHAZAL). La passivité et l'instabilité s'expriment dans l'oisiveté. L'impulsivité, l'anxiété et la frustration affective sont de règle. L'asocialité est souvent moins grande pour les bandes groupant des enfants de 10 à 15 ans que pour celles qui réunissent des adolescents de 15 à 18 ans et peuvent être très dynamiques et agressives. Les activités de ces bandes sont multifformes.

L'occasion d'activités anti-sociales est souvent rencontrée dans la recherche de distractions, conformes d'ailleurs aux centres d'intérêt que nous avons signalés plus haut à propos des loisirs.

Fréquents sont les vols qui peuvent être en rapport avec des motivations extrêmement variables (PARROT - MABILLE). L'agressivité peut se faire jour sous forme de bagarres avec d'autres bandes, contre la police, contre des adultes (homo-sexuels ou passants attardés dans un but de vol). Le vandalisme peut débiter par l'amusement ou le chahut, mais aboutir à des dégâts considérables (salles de spectacle, domiciles, monuments publics...). Parmi les infractions aux mœurs, citons la licence sexuelle très habituelle dans les bandes, susceptible de conduire à la prostitution et au proxénétisme, l'homosexualité, les attentats à la pudeur, la chasse aux filles, qui peut parfois se terminer par un viol collectif. Mais en conclusion, nous insistons sur la nocivité du mythe du "Blouson Noir", outrageusement exploitée par la Presse ou le Cinéma. Il déforme la réalité, en regroupant les délinquants vrais et des inadaptés sociaux de degrés très divers, car certains travaillent. Il accentue le fossé entre ces jeunes et les adultes, rendant plus difficile leur réadaptation. Il donne enfin une fausse valorisation à ces adolescents.

#### Facteurs propres aux milieux ruraux

Nous regrouperons ici ce qui résulte de l'appartenance à ces milieux.

##### a) Éléments particuliers causant l'inadaptation et les troubles du comportement

##### - Facteurs familiaux :

- Cohabitation des générations dans une famille dont la structure patriarcale limite l'adaptation aux conditions modernes.

- Rareté des divorces et des séparations (du fait de conséquences financières et des convenances sociales), mais fréquence des foyers dissociés.

- Vie familiale austère allant avec un travail rude, réduisant l'intimité entre les époux, entre les parents et les enfants. L'attitude du père est marquée d'un autoritarisme aggravant son indifférence apparente. Quant à la mère, très prise par ses multiples activités, un travail rude à l'extérieur, elle est peu féminine et manifeste peu son affection.

- L'éthylisme et les conditions archaïques de logement sont fréquents.

- L'ambiance familiale comporte de notables préoccupations matérielles et utilitaires, et peu d'intimité.

- Facteurs personnels :

L'enfant a ce qu'il lui faut au point de vue matériel, mais il est souvent laissé à lui-même pour sa formation caractérielle et sociale. Il s'éduque seul. Il y a peu d'instabilité et de déséquilibre, mais une immaturation affective, avec manque d'épanouissement. Il est calme, docile, complaisant, mais très timide, extrêmement méfiant et renfermé. L'affectivité existe, mais elle est cachée. Les jeux sont rares et peu évolués, le travail en prenant vite la place ; les problèmes matériels dominent très rapidement. En famille, les questions sentimentales et sexuelles ne sont jamais abordées. A la puberté, la crise d'originalité est marquée par la pauvreté des réactions (coupe de cheveux, tenue vestimentaire, bagarres), la rapidité d'adaptation, les goûts concrets.

L'alcoolisme de l'adolescent et même de l'en-

enfant est fréquent dans certaines régions.

Les parents dévalorisent souvent leurs activités auprès de l'enfant.

Celui-ci est volontiers individualiste.

Les enfants étrangers (A.P.) sont l'objet d'un rejet.

- Facteurs sociaux :

- Problèmes scolaires : il existe souvent des obstacles matériels (distances), une inadéquation de l'enseignement, (très orienté sur le C.E.P.), à la mentalité rurale, des problèmes de recrutement des maîtres, et au début de la scolarité la difficulté du patois. Tout ceci, et les conditions défavorables au développement et à l'épanouissement de l'enfant, retardent ses acquisitions scolaires. Vocabulaire pauvre, dyslexie, compréhension lente en sont l'expression. En 1954, 40 p.cent des enfants sont au niveau du C.E.P. Il y a 30 p.cent de retards scolaires.

- Problèmes de travail : La nécessité familiale de main-d'oeuvre, la dépendance excessive vis-à-vis du père aboutissent souvent à un désir de rapport immédiat, dans le cadre de la famille ; ou, si l'enfant est placé en apprentissage à l'extérieur, c'est parfois sans souci des conditions de vie.

- Problèmes des loisirs : ils sont peu nombreux : les fêtes, surtout le bal et le café. Cinéma et engins motorisés ont une vogue croissante.

Il y a très peu de bandes.

#### b) La délinquance

Est souvent méconnue, car la tolérance pour les enfants d'origine rurale est grande, con-

trairement à ce qui en est pour les pupilles de l'A.P.

Pour une population rurale qui est 40 p.cent de la population totale, on trouve 18,6 p.cent de ruraux au 1er juin 1957 dans les institutions d'Etat. En 1954, sur 13.227 mineurs relevant de la liberté surveillée, 26,15 p.cent provenaient de milieux ruraux. On compte (1956) :

- 16,5 % d'infractions contre les personnes (bagarres),
- 67,2 % d'infractions contre les biens (vols, incendies),
- 6,6 % d'infractions contre les moeurs,
- 9,7 % d'infractions diverses (chasse, pêche, bris d'isolateurs électriques, etc...)

Les cas de vagabondage sont plus rares qu'en milieu urbain.

## E - GUERRE ET CRISES SOCIALES

Les statistiques sur la fréquence de la délinquance montrent le retentissement des grands événements sociaux. Il est notoire que, dans la plupart des Etats d'Europe et d'Amérique, la guerre de 1939-45 a eu pour effet d'amener une très nette augmentation suivie, après la fin des hostilités, d'une rétrocession. Schématiquement, il y a eu à ce moment là majoration des facteurs fragilisant les enfants et adolescents, et aussi des difficultés auxquelles ils avaient à faire face. Ceci a été spécialement vrai pour les débilés légers et enfants d'intelligence limite ("armée de réserve de la délinquance").

Nous signalerons parmi ces éléments (qui, d'ailleurs, pour la plupart, se retrouvent dans les situations analogues) les points sui-

ents :

absence de nombreux pères de famille  
(captifs, déportés)  
exode des réfugiés,  
difficultés éducatives d'autant plus gran-  
des pour la mère qu'elle était obligée de  
travailler pour subvenir aux besoins du fo-  
m ;  
sous-alimentation et trafics divers ;  
inquiétude liée aux bombardements, à l'occu-  
pation ;  
dévalorisation des règles morales, en ce  
qui concerne notamment la valeur des biens  
des personnes ;  
difficultés de réadaptation de l'enfant à  
son père lors du retour. Celles-ci ont été  
généralement transitoires si le père s'est  
retrouvé en chef de famille. Mais il faut signa-  
ler les conséquences physiques et morales loin-  
taines de la déportation.  
dissociation de certaines familles à ce moment-  
là ;  
image prestigieuse du guerrier libérateur,  
entraînant parfois à la fugue chez le garçon,  
l'inconduite sexuelle ou à la prostitution  
chez la fille ;  
Enfin, remise en cause des cadres sociaux  
dans un certain nombre de pays, amenant par-  
fois l'anéantissement de valeurs idéologiques.  
Les transplantations s'en sont aussi suivies.  
Dans les lendemains de la guerre, il faut  
aussi retenir (CHAZAL) le rôle de conceptions  
philosophiques déformées et mal assimilées  
de "vie absurde, sans importance", "il ne faut  
pas se figer dans une attitude morale").  
Les déceptions de l'après-guerre ont ici éga-  
lement leur part.

Pendant les crises économiques jouent surtout  
le chômage et l'insécurité du lendemain, ceci

à l'échelon familial et personnel.

L'époque actuelle intervient aussi : vie épuisante par son rythme, place grandissante et dominatrice donnée à l'argent et à la réussite matérielle, évolution rapide d'une civilisation dominée par la technique, grands événements nationaux ou internationaux. Tout ceci peut être source de difficultés supplémentaires d'adaptation, mais quelle époque n'a les siennes ?

### CONCLUSION

- Parmi ces facteurs sociaux, nous retiendrons :

- L'échec scolaire, déjà expression d'inadaptation mais aussi cause d'inadaptation future. Il est très fréquent. L'instabilité, l'inintérêt, l'agressivité en sont la cause beaucoup plus souvent que la déficience intellectuelle qui peut coexister d'ailleurs. Les problèmes affectifs et psychologiques sous-jacents jouent aussi dans les difficultés en lecture, écriture, parallèlement à des retards de latéralisation, etc...

Les échecs d'apprentissage en découlent souvent.

L'école buissonnière, la multiplication des renvois par les employeurs conduisent l'enfant au vagabondage dans la rue.

- Les loisirs sont surtout recherchés en dehors de la famille, sur un mode aventureux et hédonique. Malgré l'action cathartique que certains donnent au cinéma, il a manifestement très souvent un rôle nocif pour ces jeunes qui y vont avec une fréquence considérable.

Les autres loisirs peuvent aussi jouer dans un sens défavorable (lectures, bals, utilisation de véhicules motorisés, etc...)

- Le milieu urbain intervient pour des raisons multiples, d'une manière néfaste surtout dans les milieux socio-économiques défavorables et par la multiplication des grands ensembles conduisant à la formation de bandes en particulier.

- Les bandes asociales sont de plus en plus fréquentes et accroissent l'inadaptation. Elles vont dans le sens d'une compensation de divers besoins psychologiques, sans parvenir à la réaliser d'une manière positive. Vols, agressions, vandalisme, délits sexuels sont le plus souvent rencontrés. Il est très regrettable que le mythe du Blouson Noir ait été édifié à leur propos : il donne une fausse valorisation et gêne la réadaptation.

- Enfin, les guerres, les crises économiques, les conditions de vie actuelles, sont susceptibles, par des mécanismes divers, de majorer ces différents troubles.

## CONCLUSION

-:-

Ces données bibliographiques montrent la multiplicité des facteurs familiaux, personnels et sociaux intervenant dans l'inadaptation sociale et la délinquance. En fait, éléments exogènes et endogènes, constitutionnels et acquis, s'imbriquent en un écheveau jamais identique d'un sujet à l'autre, et d'une situation à l'autre. C'est à la fois toute la personnalité de l'enfant ou de l'adolescent, avec son patrimoine héréditaire et son passé, et le type de situation avec lequel il est confronté, qui interviennent. En cas d'échec, et particulièrement lorsque celui-ci prend la forme de la délinquance, BOVET pense qu'un dénominateur psychologique commun peut être trouvé. Pour lui, c'est le sentiment d'insécurité, aux sources multiples, mais aux conséquences toujours identiques : angoisse, agressivité, culpabilité enchaînées en un cercle vicieux. Une vue aussi schématisée peut difficilement rendre compte d'une réalité si complexe. Avec notre Maître, le Professeur MICHAUX, nous ferons appel à la notion générale des perversions instinctives, commandées par la défaillance de la personnalité morale dont les assises sont le fond héréditaire et la formation que l'éducation, et en particulier l'autorité, a donnée à l'enfant.

Ce qui compte, c'est de préciser la place exacte de celui-ci sur l'échelle qui va de la

perversion constitutionnelle à la réaction  
perverse, épisodique, affective dans sa ge-  
nèse, et susceptible de se manifester sur un  
mode affectif, ou psycho-affectif, ou affectivo-  
somatique. C'est là en effet ce qui donne  
leur signification - présente et future -  
aux anomalies de comportement qu'il a présen-  
tées. Ce cadre permet de réunir le plus grand  
nombre de ces sujets atteints de perturba-  
tions si diverses. Il convient d'y adjoindre,  
ainsi que nous l'avons vu, les névroses et  
symptômes névrotiques, puisque les psychoses  
sont rarement présentes. C'est ainsi qu'on  
pourra, de façon précise et fructueuse, en te-  
nant compte du niveau intellectuel, saisir la  
structure de la personnalité, élément fonda-  
mental en cause.

DEUXIEME PARTIE

-:-

COMPARAISON DES RESULTATS DE L'ENQUETE FAITE  
PAR LA DIRECTION DE L'EDUCATION SURVEILLEE  
ET DE CEUX PROVENANT DE L'ETUDE DE NOTRE  
GROUPE D'INADAPTES NON DELINQUANTS

-:-

Nous envisagerons successivement :

I - La manière dont ces deux enquêtes ont  
été faites et le regroupement de nos éléments de référence.

II - Les résultats, et les conclusions que  
l'on peut tirer de la comparaison de ces  
différentes données (Etude des facteurs familiaux, personnels et sociaux, suivant le même plan que lors de l'analyse des données bibliographiques).

-:-

CONDUITE DES ENQUETES

-:-

A - L'ENQUETE FAITE PAR LE CENTRE DE FORMATION ET D'ETUDES DE L'EDUCATION SURVEILLEE

a comporté l'établissement de trois documents de travail à partir d'une fiche sociologique, d'une fiche psychologique et d'une fiche médicale.

L'enquête sociologique a porté sur 500 délinquants de 14 à 18 ans, l'enquête psychologique sur 456 et l'enquête médicale sur 445. Ils étaient nés de parents français. Il s'agissait d'adolescents provenant de toute la France. Leur origine peut être appréciée d'après le tableau suivant :

- milieux ruraux : 16,4 %
- agglomérations de 2 à 60.000 h : 21,4 %
- agglomérations plus importantes: 62,2 %

La répartition suivant l'âge était la suivante :

|               | <u>Enquête</u><br><u>sociolo-</u><br><u>gique</u><br>(500 cas) | <u>Enquête</u><br><u>psycho-</u><br><u>logique</u><br>(456 cas) | <u>Enquête</u><br><u>médicale</u><br>(445 cas) |
|---------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 14 à 15 ans   | 12                                                             | 12,94                                                           | 13,05                                          |
| 15 à 16 ans   | 24,2                                                           | 23,90                                                           | 24,94                                          |
| 16 à 17 ans   | 36                                                             | 34,43                                                           | 35,90                                          |
| 17 à 18 ans   | 27,8                                                           | 26,54                                                           | 26,11                                          |
| Non déterminé | 0                                                              | 2,19                                                            | 0                                              |

L'enquête sociologique a comporté l'étude de renseignements sur le délit, la filiation, la fratrie, la composition de la famille, les milieux de vie successifs, l'ambiance de vie à la maison, l'habitat, les professions des parents, le passé scolaire et professionnel, l'alcoolisme, les loisirs.

L'enquête psychologique a porté sur les conditions d'implantation géographiques et familiales, les loisirs, la scolarité, la profession du mineur, les délits, l'équipement sensori-moteur, la maturation affective et morale, les facteurs de la personnalité, les relations avec les parents, les conditionnements éducatifs, l'adaptation et les mécanismes de défense du Moi.

Nous préciserons ci-dessous la composition de la fiche médicale, puisque c'est elle que nous avons utilisée lors de notre enquête.

B - LES GARÇONS DE 14 à 18 ANS que nous avons étudiés étaient pratiquement tous originaires de la région parisienne.

I - Pour 113 enfants, nous avons utilisé la fiche médicale établie par l'Education Surveillée.

- 11 étaient hospitalisés à la Salpêtrière, à la Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile du Pr. MICHAUX.

- 102 se trouvaient à l'Institut Théophile Roussel à Montesson.

Les 113 présentaient des troubles du comportement.

Aucun n'était, au sens juridique du terme, un délinquant.

Il nous paraît utile de préciser que l'Institut Théophile Roussel sélectionne en vue

de l'admission les enfants sur les bases suivantes :

- absence de délinquance avérée,
- Q.I.  $\geq$  95
- retard scolaire  $\leq$  2 ans

Ceci explique que la quasi-totalité de l'échantillon est d'un niveau intellectuel au moins égal à la normale.

La répartition des âges en pourcentage est la suivante :

|             |        |
|-------------|--------|
| 14 à 15 ans | 40,6 % |
| 15 à 16 ans | 46,9   |
| 16 à 17 ans | 8,9    |
| 17 à 18 ans | 3,6    |

La fiche médicale utilisée comportait :

a - L'étude des antécédents médicaux

- Antécédents paternels et maternels :

Relatifs à l'état somatique lors de la conception et après, à l'alcoolisme, aux troubles psychologiques ou psychiatriques et à la lignée familiale dans chaque branche.

- Antécédents des collatéraux (pour 99 enfants car il y avait 14 fils uniques)

L'enquête portait sur :

- les affections somatiques,
- la recherche de dysmorphies ou d'affections dégénératives, de troubles du développement, de l'état psychologique, d'anomalies psychiatriques, de l'alcoolisme.

- Antécédents personnels enfin :

Relatifs au déroulement de la grossesse, de l'accouchement, à l'état de l'enfant à la naissance, à son alimentation et à ses maladies pendant la petite enfance, à son développement, aux déficits sensori-moteurs éven-

tuels, aux affections somatiques de tous ordres et aux affections neuro-psychiatriques.

b - Etude de l'état actuel de la santé

Ce bilan a comporté :

- une appréciation de l'état somatique
- l'état neuro-psychiatrique a été envisagé en fonction des données suivantes :
  - troubles caractériels et réactionnels, tendances névrotiques, syndromes neuro-psychiatriques caractérisés (oligophrénie, comitialité, névroses, psychoses) ;
  - état neurologique et sensoriel ;
  - caractéristiques de la latéralisation ;
  - sentiments pathologiques éprouvés et stigmates divers en rapport avec des troubles affectifs (énurésie, encoprésie, etc...);
  - enfin, étude de la sexualité.
- Recherche de stigmates dysmorphiques, en ce qui concerne l'aspect général et l'étude analytique des différentes parties du corps.

c - Etude de données anthropologiques :

- Morphologie
- Niveau de développement pubéral
- Mensurations.

2 - Nous avons également précisé les points suivants, d'ordre sociologique :

- composition actuelle de la famille ;
- en cas de dissociation du couple d'origine : mode et date de cette dissociation ;
- étude des milieux de vie : type, nombre, et date des placements.

Ces divers facteurs sociologiques ont été

étudiés pour deux groupes d'enfants :

- Les 102 enfants de l'Institut Théophile Roussel (troubles du comportement)
- Un groupe de 110 garçons de 14 à 18 ans ayant été hospitalisés dans un Service de Pédiatrie Générale de l'Hôpital Hérold (Dr. MALLET) pour des affections somatiques diverses.

Ce dernier groupe a donc représenté pour nous une série de référence qui peut nous permettre d'apprécier les facteurs envisagés pour des enfants ayant a priori un comportement normal. Quelques précisions doivent être données à son propos.

Les conditions locales font que, pour la plupart, ils proviennent du 19e et du 20e arrondissement et de la banlieue Nord-Est. Il s'agit d'enfants hospitalisés, ce qui doit majorer les placements motives par des raisons médicales. Par contre, l'absence d'une enquête aussi approfondie sur le plan social qu'elle a été faite pour les enfants de l'Institut Théophile Roussel laisse penser que la situation familiale n'était peut-être pas toujours aussi satisfaisante qu'elle le semblait. Néanmoins, en tenant compte de ces limites, nous pensons qu'un tel groupe peut avoir une valeur de référence significative.

Dans ce groupe de référence, la répartition par âge était la suivante :

|             | <u>Nombre</u> | <u>%</u> |
|-------------|---------------|----------|
| 14 à 15 ans | 28            | 25       |
| 15 à 16 ans | 28            | 25       |
| 16 à 17 ans | 29            | 26,4     |
| 17 à 18 ans | 26            | 23,6     |

Nous aborderons maintenant la comparaison des différents résultats.

- II -

RESULTATS ET COMMENTAIRES

-:-

Nous envisagerons successivement les facteurs familiaux, personnels et sociaux, comme dans l'analyse des données bibliographiques.

A - FACTEURS FAMILIAUX

1) Les grands-parents

Cette partie de l'enquête a montré que les renseignements obtenus sont souvent peu explicites, et sujets à caution. Nous ne retiendrons donc pas les chiffres obtenus. Il semble toutefois que psychopathies et anomalies caractérielles existent dans une proportion de cas non négligeable .

2) Les parents

Alcoolisme

Les résultats sont les suivants :

|                                                             | <u>Père</u> |             | <u>Mère</u> |             |
|-------------------------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
|                                                             | <u>D.</u>   | <u>N.D.</u> | <u>D.</u>   | <u>N.D.</u> |
| Pas de renseigne-<br>ments ou rensei-<br>gnements douteux ) | (17,98      | 19,5        | 9,21        | 5,31        |
| Pas d'alcoolisme                                            | 49,43       | 57,6        | 80,89       | 86,9        |
| Alcoolisme habi-<br>tuel                                    | 29,21       | 22,9        | 8,08        | 7,79        |

L'alcoolisme paternel, sans atteindre les chiffres de certains auteurs, est donc très fréquent, et plus chez les délinquants que pour les troubles du comportement sans délinquance. Les chiffres sont voisins en ce qui concerne la mère dans les deux groupes. Ils sont anormaux également. En effet, à titre comparatif, dans une population scolaire normale (école primaire de la banlieue Sud de Paris), nous avons trouvé une notion d'éthylisme dans 7 à 8 p.cent des cas chez le père, et dans 2 ou 3 p.cent chez la mère.

#### Etat de santé physique des parents

Le seul point que nous retiendrons en pratique est celui des "infirmités graves non traumatiques" en raison de leur fréquence plus grande chez les non délinquants, et de l'importance de leur retentissement au point de vue de la vie du foyer.

|                                    | Père |      | Mère |      |
|------------------------------------|------|------|------|------|
|                                    | D.   | N.D. | D.   | N.D. |
| Infirmités graves non traumatiques | 1,35 | 5,31 | 1,12 | 7,09 |

#### Retardation mentale manifeste

Elle a été rencontrée dans les proportions suivantes :

| <u>Père</u> |             | <u>Mère</u> |             |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <u>D.</u>   | <u>N.D.</u> | <u>D.</u>   | <u>N.D.</u> |
| 3,14        | 0,88        | 2,02        | 8,87        |

Etant donné le caractère imprécis des renseignements obtenus dans ce domaine en ce qui concerne les parents, nous ne tirerons aucune conclusion de ces chiffres.

Troubles du comportement et maladies mentales

Ils peuvent être appréciés à partir des deux tableaux suivants :

Tableau 1

|                                                         | Père  |      | Mère  |      |
|---------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|
|                                                         | D.    | N.D. | D.    | N.D. |
| Pas de renseignements                                   | 20    | 21,3 | 8,54  | 7,09 |
| Rien à signaler, normalité                              | 45,61 | 13,3 | 64,26 | 23,9 |
| Troubles légers du caractère ou de l'humeur             | 18,87 | 27,4 | 20,22 | 43,4 |
| Colères graves destructives avec brutalités habituelles | 13,03 | 31,9 | 1,12  | 6,2  |
| Inconduite sexuelle pathol.                             | 1,57  | 0,88 | 6,74  | 7,09 |
| Délinquance                                             | 0,92  | 4,42 | 1,57  | 1,76 |
| Suicide                                                 | 1,57  | 1,76 | 0,22  | 3,54 |

Tableau 2

|                                                                                                | Père  |      | Mère  |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|-------|------|
|                                                                                                | D.    | N.D. | D.    | N.D. |
| Pas de renseignements                                                                          | 24,27 | 25,7 | 11,23 | 10,6 |
| Rien à signaler, normalité                                                                     | 54,60 | 13,3 | 62,47 | 16,9 |
| Terrain névrotique (anxiété, "manies" crispantes, hyperémotivité, timidité, inhibition, etc..) | 3,82  | 18,6 | 14,83 | 40,7 |
| Personnalité caractérielle (déséquilibre, instabilité, impulsivité, violence)                  | 15,5  | 35,4 | 8,54  | 24,8 |
| Névrose manifeste                                                                              | 1,12  | 5,31 | 2,25  | 4,43 |
| Psychose manifeste                                                                             | 0     | 2,66 | 0,67  | 3,54 |

Dans le passé délictueux des parents, nous retiendrons seulement le chiffre plus élevé en ce qui concerne le père des enfants atteints de troubles du comportement. Quant à la rubrique : inconduite sexuelle pathologique, elle est d'appréciation difficile tant en raison de l'imprécision des termes que de l'incertitude des chiffres. Toutefois, les chiffres maternels identiques dans les deux groupes ont une certaine signification. Ils correspondent à la notion de prostitution, ou de 3 enfants

et plus de pères différents.

Psychopathies, troubles du caractère avec ou sans éléments névrotiques peuvent difficilement être séparés les uns des autres. Aussi, on ne pourra guère que s'en faire une idée globale en se basant sur les deuxièmes et troisièmes rubriques de chacun des deux tableaux et les chiffres des suicides. Dans ces conditions, trois points fort importants sont à retenir :

- la fréquence des troubles de cet ordre ;
- leur aspect différent chez le père et la mère (troubles névrotiques plus fréquents chez celle-ci) ;
- la nette prédominance dans notre groupe d'inadaptés non délinquants. Ceci se retrouve également pour les névroses et psychoses manifestes dont la fréquence reste d'ailleurs faible, ainsi qu'on pouvait s'y attendre.

#### Le couple parental

Comparativement au groupe des délinquants, nous avons étudié dans notre groupe d'enfants présentant des troubles du comportement et dans le groupe d'enfants normaux hospitalisés à Hérold, les points suivants :

- le devenir du couple parental d'origine (persistance ou modes de dissociation, et date de celle-ci en fonction de l'âge de l'enfant) ;
- la composition actuelle du milieu familial où vivait l'enfant.

1er tableau : Devenir du couple d'origine

|                                      | Troubles du comportement |       |         |
|--------------------------------------|--------------------------|-------|---------|
|                                      | D                        | N.D   | Normaux |
| Pas de dissociation                  | 55                       | 39,2  | 68,2    |
| Décès père + mère                    | 1,6                      | 1,96  | 0,91    |
| Décès père ou mère                   | 16                       | 11,79 | 8,18    |
| Abandon du foyer<br>par père ou mère | 8,4                      | 20,6  | 3,63    |
| Abandon du foyer<br>par père et mère | 1                        | 1,96  | 0       |
| Séparation ou di-<br>vorce           | 13,4                     | 18,62 | 5,4     |
| Maladie d'un pa-<br>rent > 6 mois    | 3                        | 0,98  | 0,91    |
| Détention d'un pa-<br>rent > 6 mois  | 1                        | 0     | 0       |
| Mésentente sans sé-<br>paration      | 18,4                     | 3,92  | 2,72    |
| Pas de renseigne-<br>ments           | 0,6                      | 2,94  | 10      |

On voit donc les différences extrêmement nettes qui existent entre les groupes pathologiques et le groupe normal. Il est tout à fait manifeste aussi que les enfants atteints de troubles du comportement ont un plus lourd passif que les délinquants en ce qui concerne la dislocation du couple qui leur a donné naissance.

Il est apparu très intéressant aussi de préciser quel âge avait l'enfant lorsqu'il y a eu cette dissociation.

|                                      | D    | Tr. du<br>compor-<br>tement<br>N.D. | Normaux |
|--------------------------------------|------|-------------------------------------|---------|
| Pas de dissociation                  | 54,8 | 39,2                                | 70,9    |
| Avant naissance ou<br>à la naissance | 5,6  | 11,79                               | 0,91    |
| Avant 3 ans                          | 10,6 | 18,62                               | 0,91    |
| - 6 ans                              | 5,8  | 6,86                                | 0,91    |
| - 10 ans                             | 8,4  | 2,94                                | 1,82    |
| - 14 ans                             | 8,4  | 0,98                                | 1,82    |
| Après 14 ans                         | 5,8  | 0,98                                | 0       |
| Pas de renseigne-<br>ments           | 0,6  | 20,6                                | 22,78   |

Nous sommes donc amené à conclure que cette dissociation s'est produite beaucoup plus tôt chez les enfants présentant des troubles du comportement N.D. = au moment de la naissance et avant 3 ans surtout.

La composition du milieu familial où l'enfant se trouvait en dernier lieu est la suivante :

|                                          | D    | Tr. du<br>comport.<br>N.D. | Normaux |
|------------------------------------------|------|----------------------------|---------|
| Avec père + mère                         | 57   | 42                         | 78,1    |
| Avec père                                | 4,2  | 1,96                       | 4,55    |
| Avec mère                                | 13,6 | 13,65                      | 6,3     |
| Avec père veuf, di-<br>vorcé, remarié    | 3,2  | 7,85                       | 0,91    |
| Avec mère veuve, di-<br>vorcée, remariée | 6,4  | 7,85                       | 3,63    |
| Avec P + concubine<br>stable             | 2    | 3,92                       | 0,91    |
| Avec M + concubin<br>stable              | 5,4  | 6,85                       | 1,82    |
| Avec P + concubine de<br>passage         | 0,2  | 0                          | 0       |
| Avec M + concubin de<br>passage          | 1    | 4,9                        | 0       |
| Ménage à 3 et situa-<br>tion complexe    | 1,2  | 2,94                       | 0       |
| Famille ou milieu<br>d'accueil           | 8    | 8,82                       | 2,72    |
| Pas de renseigne-<br>ments               | 5,8  | 0                          | 3,62    |

Les conclusions sont donc analogues aux précédentes : différences patentes entre normaux et pathologiques, et ce sont les enfants non délinquants ayant des troubles du comportement qui sont les plus mal lotis : fréquence plus grande chez eux des couples, stables ou non, qui ne comportent qu'un seul de leurs parents. On sait à quel point une telle situation peut être la source de difficultés affec-

tives chez l'enfant, surtout quand il y a des demi-frères ou des demi-soeurs.

On peut aussi remarquer que, même dans les foyers qui gardent leur structure d'origine, il convient de distinguer un certain nombre de situations qui perturbent la vie quotidienne. Nous n'avons de chiffres comparatifs que pour les enfants non délinquants atteints de troubles du comportement et les normaux.

|                 | Tr. du comportement<br>N.D. | Normaux |
|-----------------|-----------------------------|---------|
| Rien à signaler | 27,5                        | 64,5    |
| Ethylisme       | 5,5                         | 0,91    |
| Psychopathies   | 4                           | 3,63    |
| Invalidité      | 5                           | 9,1     |
| Totaux :        | 42 %                        | 78,14 % |

Ici donc, dans les foyers en apparence stables, il existe une différence de fréquence d'alcoolisme non négligeable.

### 3 - La fratrie

#### a) Nombre d'enfants

La proportion d'enfants uniques parmi les non délinquants ayant des troubles du comportement était de 12,4 p.cent, chiffre analogue à celui des délinquants. Nous ne disposons d'aucune autre donnée personnelle.

L'enquête de l'Education Surveillée donne les résultats mentionnés dans le tableau ci-dessous. Faute d'avoir des chiffres de référence correspondant à une population nor-

male identique dans son origine géographique, nous reproduisons en regard les chiffres de Vitry, des Centres d'Hygiène mentale de la Seine, de la population de Mme CHOMBART de LAUWE, et de la population normale (Ensemble de la Seine).

|                       | Délinquants | Vitry | H.M. | Mme Ch. de Lauwe | Population normale |
|-----------------------|-------------|-------|------|------------------|--------------------|
| Pas de renseignements | 0,4         | 0     | 0    | 0                | 0                  |
| Enfants uniques       | 11,8        | 19,4  | 22,3 | 19,6             | 30,6               |
| 2 enfants             | 17          | 25,7  | 32,2 | 31,7             | 32,4               |
| 3 enfants             | 18,6        | 20,9  | 20,9 | 22,7             | 20,2               |
| 4 enfants             | 14          | 13,9  | 9,5  | 10,1             | 8,6                |
| 5 enfants et +        | 38,2        | 20,1  | 15,1 | 15,9             | 8,2                |

L'appartenance de ces délinquants à des familles plus nombreuses en moyenne que le reste de la population est donc manifeste. D'ailleurs, 52,2 p.cent proviennent de familles de 4 enfants ou plus. Ceci est tout à fait en accord avec la bibliographie. Il semble que la répartition par catégories socio-professionnelles suggère une faible représentation des intermédiaires 1 et 2. Il est donc probable que ces familles nombreuses ont un niveau de vie plutôt bas ; ici encore, on retrouve des conclusions identiques à celles du Pr. HEUYER.

D'ailleurs, on sait que forte fécondité et bas niveau de vie vont souvent de pair.

Malgré les critiques auxquelles la comparaison de groupes d'origine différente peut donner lieu, soulignons l'importance du groupe appartenant à des familles de 5 enfants ou plus (38,2 p.cent), alors que dans les populations étudiées par Melle KHOURI il y en avait 22,3 p.cent, par Mme CHOMBART de LAUWE 15,9 p.cent. Pour ces deux séries, il s'agissait de troubles du comportement, et dans la normale le chiffre est de 8,2 p.cent. Au Centre d'observation de Vitry, il est de 20,1 p.cent (il s'agit aussi d'enfants présentant surtout des troubles du comportement).

b) En ce qui concerne le rang dans la fratrie

Nous n'avons pas de chiffres personnels non plus. Parmi la population délinquante, il y avait 13 p.cent d'enfants uniques (ou devenus uniques à la suite de décès dans la fratrie), 27,6 p.cent d'aînés et 20,8 p.cent de derniers nés, 38,6 p.cent d'intermédiaires. Là encore, nous citerons une statistique de référence donnée par MAUCO et RAMBAUD dans leur article de 1951 : sur la population normale de la Seine, 19 p.cent d'enfants uniques, 22 p.cent d'aînés. Dans la mesure où une comparaison est valable, elle n'inciterait pas à retenir le rôle défavorable de la situation d'aîné ou d'enfant unique cher à ADLER - au moins en ce qui concerne l'incitation à la délinquance. MAUCO et RAMBAUD le retenait dans le domaine des troubles du comportement.

Au Centre de Vitry : 13,7 p.cent d'enfants uniques et 34,7 p.cent d'aînés.

c) Nous analyserons ensuite les antécédents des collatéraux pour lesquels nous avons des chiffres personnels.

- Sur le plan somatique, on retiendra :

Fréquence voisine dans les deux groupes du décès en bas âge d'un ou plusieurs collatéraux (14,16 chez les délinquants et 11,5 chez les non délinquants), et une même absence d'anomalies : dysmorphies, affections dégénératives, troubles somatiques ou sensoriels qui les distingueraient des enfants normaux.

- Au point de vue neuro-psychiatrique :

12,81 p.cent d'arriération nette avec problèmes scolaires chez les collatéraux de délinquants et 10,6 chez ceux de non délinquants. Il n'y a donc pas de différence nette. Cette notation est d'ailleurs trop imprécise pour être véritablement exploitable. Signalons que sur une population de 75.000 écoliers provenant de toute la France, il y avait en 1956 30 p.cent environ de retards scolaires de 1 an ou plus. JADOULLE, en 1951, sur 1.248 enfants d'âge scolaire, trouvait au Terman 6,4 p.cent de Q.I.  $\leq$  80, et 15,3 p.cent de Q.I. entre 80 et 40. Il y a donc une certaine probabilité pour que le niveau de ces collatéraux soit analogue à celui de l'ensemble de la population. Ils seraient alors normaux sur le plan intellectuel, comme sur le plan somatique.

Par contre, chez les collatéraux des délinquants, il y avait moins que chez ceux des non délinquants :

- d'énurésie persistante (6,74 contre 13,3),
- de bégaiement ou de troubles de l'élocution (1,57 contre 5,81),
- de troubles légers du caractère (7,86 contre 23),
- de prostitution (0,90 contre 3,54)

Il y avait par contre plus chez eux :

- de cas de délinquance et de fugues (9,21 contre 2,66).

Dans les deux groupes, le pourcentage d'alcoolisme était négligeable. Il y avait plus de troubles névrotiques chez les non délinquants (7,9 contre 2,70) et aussi de personnalités caractérielles (18,6 contre 8,9).

En fin de compte : même état somatique satisfaisant, plus de délinquance chez les frères et soeurs de délinquants, alors que, par contre, les collatéraux d'enfants non délinquants inadaptés ont plus de troubles du caractère avec ou sans éléments névrotiques et plus de troubles liés à l'évolution de l'affectivité. Sur bien des points, ces familles paraissent plus touchées que celles des délinquants. On peut aussi conclure que l'étude de la fratrie peut apporter quelques facteurs étiologiques aux troubles de l'enfant : délinquance induite par un frère, troubles caractériels réactionnels à des troubles de ce type chez les collatéraux.

En fait, il semble que ces derniers soient, surtout, à considérer comme des exemples témoins du devenir d'enfants ayant des affinités héréditaires (moins étroites certes que les paires de jumeaux univitellins étudiés par LANGE), et soumis à des conditions de vie familiale et de milieu très proches. Sous cet angle, il n'est nullement surprenant de trouver certaines analogies de comportement entre les divers enfants de la famille.

#### 4 - Profession des parents

N'ayant pas de données personnelles, nous rapporterons les conclusions qui se dégagent de l'enquête de l'Education Surveillée chez les délinquants.

|                                                                       | Père | Mère |
|-----------------------------------------------------------------------|------|------|
| Professions agricoles                                                 | 6,6  | 3,8  |
| Industriels et commerçants                                            | 9,6  | 3,2  |
| Professions libérales                                                 | 2,2  | 0,6  |
| Employés                                                              | 16,6 | 8,4  |
| Ouvriers<br>(dont 10 % de manoeuvres<br>chez les pères)               | 43,2 | 10,2 |
| Personnes de service                                                  | 2    | 14,6 |
| Divers                                                                | 6,4  | 3,6  |
| Personnes "non actives"<br>(dont 41 % de ménagères<br>chez les mères) | 9    | 50,2 |
| Non déterminée                                                        | 7,4  | 5,4  |

Ici encore, nous n'avons pas d'autre statistique de comparaison normale que les catégories socio-professionnelles de la Seine en 1954. Les catégories (population masculine) correspondant aux intermédiaires 1 et 2 et aux hauts revenus y représentaient 35,4 p.cent. Or, dans ce groupe des délinquants, il semble que l'élément homologue ne représente pas plus de 10 p.cent de la population. Le niveau de vie moyen est donc certainement sensiblement inférieur au niveau de vie moyen dans la Seine, et même très vraisemblablement à celui d'une population témoin qui aurait la même origine (à la fois urbaine et en partie rurale). Le chiffre correspondant du Centre de Vitry (15,8 p.cent) est un peu plus fort. Le groupe des consultations d'Hygiène mentale de la Seine (27,8 p.cent) est intermédiaire entre la population de la Seine et les chiffres précédents. Ici donc, ce sont les dé-

linquants de l'Education Surveillée qui apparaissent les plus défavorisés.

|                    | Vitry | Consultations d'Hygiène M. de la Seine | Population masculine de la Seine |
|--------------------|-------|----------------------------------------|----------------------------------|
| Ouvriers           | 52,1  | 43,5                                   | 42,7                             |
| Employés           | 28,8  | 18,5                                   | 18,4                             |
| Intermédiaires 1   | 13,5  | 19                                     | 23,2                             |
| Intermédiaires 2   | 2,5   | 8,8                                    | 12,2                             |
| Divers             | 2,4   | 6,8                                    |                                  |
| Inaptes au travail | 1,5   | 3,4                                    |                                  |

Pour la profession de la mère, nous ne ferons pas de parallèle, car les conditions sont vraiment trop différentes pour que la comparaison soit aisée. Nous donnerons seulement les proportions de mères qui travaillent, et le détail de leurs activités.

|                       | Vitry | Consult. Salpêtrière | Consult. H.M. de la Seine | Population de la Seine |
|-----------------------|-------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Mères qui travaillent | 40    | 45                   | 40                        | 25                     |
| Mères au foyer        | 60    | 55                   | 60                        | 75                     |

- Catégories socio-professionnelles des mères qui travaillent au dehors :

|                  | Vitry | Consult. Salpêtrière | Consult. H.M. de la Seine | Population de la Seine |
|------------------|-------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| Ouvrières        | 32,9  | 14,1                 | 21,3                      | 26,8                   |
| Employées        | 55    | 61,2                 | 56,5                      | 49,5                   |
| Intermédiaires I | 6,6   | 12,6                 | 15,3                      | 19,1                   |
| Intermédiaires 2 | 1,3   | 2,5                  | 1,8                       | 3,5                    |
| Divers           | 6,8   | 3,7                  |                           |                        |

5 - Le logement

En l'absence de documents personnels, voici les chiffres pour les délinquants : 22,4 p.cent de surpeuplement critique, et 20,8 p.cent de surpeuplement temporairement admissible. Peuplement normal et sous-peuplement représentent 56,4 p.cent des cas. Rappelons que le surpeuplement critique implique une densité de 2-2,5 (et plus) personnes par pièce ; le surpeuplement temporairement admissible une densité de 1,6 à 1,9 ; enfin que la moyenne dans la Seine se situe entre 0,9 dans les quartiers aisés et 1,3 dans les plus défavorisés. On voit que la moitié de cette population est plus mal logée que celle de la commune de la Seine la plus surpeuplée. Néanmoins, le seuil pathogène de 2,5 n'est dépassé que dans une proportion de cas moindre que pour la population du Centre d'observation de Vitry. Dans celle-ci, la moyenne est de 2,87 : elle est certainement encore plus mal logée que les familles de ces délinquants. Les enfants atteints de troubles du comporte-

ment étudiées par Mme CHOMBART de LAUWE avec la moyenne de 2,3 se situent entre les deux. Il y a certainement une corrélation entre le faible pourcentage d'intermédiaires 1 et 2 pour ce groupe de délinquants et leurs conditions de logement.

#### 6 - Autres éléments d'ambiance familiale

Chez les délinquants, l'atmosphère du foyer n'était pas accueillante dans 1/3 des cas. Elle l'était devenue dans 1 cas sur 10, après ne pas l'avoir toujours été. Les autres foyers, dans le passé ou le présent, étaient satisfaisants.

#### Conclusion

Trois éléments se dégagent :

1 - La confirmation des données bibliographiques relatives au rôle de l'alcoolisme (surtout celui du père), aux anomalies caractérielles, psychopathiques, névrotiques des parents. Il en est de même en ce qui concerne la dissociation familiale, le bas niveau socio-économique, les mauvaises conditions de logement. L'étude de la fratrie enfin retrouve l'appartenance à une famille nombreuse, la présence de troubles du comportement et du caractère chez les collatéraux.

2 - Dans les domaines où des parallèles ont pu être faits, il ressort de cette étude que nos inadaptés graves non délinquants ont souvent eu à subir les conséquences de difficultés plus grandes que les délinquants. Ceci est manifeste pour la fréquence et la précocité des dissociations familiales, la mauvaise reconstruction d'un nouveau foyer. Les parents présentent plus de perturbations de leur équilibre mental. Il en est de même

pour les collatéraux au point de vue affectif et psychologique.

3 - Lorsqu'une telle comparaison n'a pas été possible faute de documents, nous avons essayé de comparer ces délinquants à d'autres non délinquants atteints de troubles du comportement (population de Madame CHOMBART de LAUWE ou du Centre d'observations de Vitry). Ainsi, l'appartenance à une famille de 5 enfants ou plus est nettement plus forte dans le groupe des délinquants (38,2 p.cent); elle est de 15 à 20 p.cent en cas de troubles du comportement sans délinquance, et de 8 p.cent pour une population normale.

Les conditions de logement sont nettement inférieures à la moyenne habituelle, mais elles sont sensiblement moins mauvaises que dans les groupes pathologiques non délinquants. Enfin, la répartition en catégories socio-professionnelles suggère que le niveau de vie bas doit être analogue dans ces deux variétés de perturbations, si l'on écarte la fraction aisée à problèmes scolaires qui donne un aspect particulier au groupe de Madame CHOMBART de LAUWE. Ces deux derniers points (logement et catégorie socio-professionnelle) sont en accord avec l'impression qui se dégage jusqu'ici de la comparaison des résultats : mêmes facteurs étiologiques défavorables, mais sur un certain nombre de points, moindre degré de perturbation chez les délinquants. La question qui se pose est donc surtout celle de l'appartenance à des familles particulièrement nombreuses.

Certes, dans ce portrait robot apparaît le même type de familles, avec un grand nombre d'enfants vivant dans des conditions difficiles, que décrivait le Pr. HEUYER chez ses délinquants. Mais pourquoi cette très forte

proportion de 5 enfants ou plus chez celles des délinquants comparativement aux autres groupes ? Il nous paraît très important d'insister sur l'âge qu'ont ces enfants quand ils présentent des manifestations d'inadaptation. Le groupe de Madame CHOMBART de LAUWE se situe surtout entre 7 et 12 ans (voir plus haut). Cette même électivité se retrouve pour les enfants du Centre d'observation de Vitry (la moitié des enfants se situant entre 8 et 10 ans) et pour ceux des Centres d'Hygiène mentale de la Seine. CAPUL (Monographie 24 de l'I.N.H.) en donne l'explication suivante : "Au début de la scolarité, la majorité des enfants sont assez jeunes pour ne pas poser de problèmes de comportement insolubles ; après 10 ans, les principaux troubles du caractère, l'instabilité, commencent à pouvoir être mieux contrôlés. Un autre type de difficultés, en particulier la délinquance, se manifeste surtout après 14 ans". Si nous considérons l'âge d'entrée à l'Institut Théophile Roussel, nous avons la répartition suivante :

|              |   |   |    |    |    |    |    |    |
|--------------|---|---|----|----|----|----|----|----|
| Age d'entrée | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Nombre       | 4 | 9 | 13 | 28 | 21 | 21 | 5  | 1  |

Or, ces enfants ont été obligés d'attendre de façon fréquente 6 mois et plus, avant de pouvoir être pris dans cet établissement. Auparavant, ils étaient habituellement suivis depuis un temps susceptible de se chiffrer par semestres dans des consultations spécialisées. Parfois aussi, ils avaient été hospitalisés à la Clinique de Neuro-Psychiatrie infantile de la Salpêtrière, ou avaient séjourné au Centre d'observation de Vitry. Cette répartition maxima entre 10 et 13 ans correspond donc, en fait, à un début des troubles qui se situe entre 8 et 11

ans. Ceci est tout à fait en accord avec les chiffres de Madame CHOMBART de LAUWE. A l'opposé, il suffit de se reporter à la répartition par âge de la délinquance, et de considérer celle de l'échantillon étudié par l'Education Surveillée, pour voir qu'il s'agit d'enfants de 15 à 18 ans le plus souvent.

La délinquance apparaît comme un groupe hétérogène de troubles du comportement correspondant à la deuxième période à laquelle ceux-ci sont particulièrement fréquents, c'est-à-dire à la puberté et à l'adolescence. On ne sera donc pas surpris dans ces familles nombreuses que le chiffre de frères et soeurs soit plus élevé lorsqu'il s'agit d'adolescents de 15 à 18 ans que pour des enfants de 8 à 11 ans.

Cette longue digression nous conduit à conclure que les inadaptés non délinquants ont à subir les mêmes facteurs défavorables que les délinquants, mais à un degré de gravité souvent plus grand. Leur inadaptation se manifeste plus tôt, au premier âge d'élection (de 8 à 11 ans), alors que ces familles nombreuses auxquelles ils appartiennent souvent n'ont pas encore un aussi grand nombre d'enfants, d'autant que c'est plus fréquemment le premier enfant qui est inadapté. Par contre on l'a vu, chez les délinquants il s'agit surtout d'enfants de rang intermédiaire.

## B - FACTEURS PERSONNELS

### 1) Facteurs somatiques

#### Grossesse et accouchement

Une notion d'alcoolisme lors de la conception chez les parents, ou pendant la grossesse chez la mère, a été retrouvée dans les proportions suivantes :

| <u>Père</u> |       | <u>Mère</u> |      |
|-------------|-------|-------------|------|
| D.          | N.D.  | D.          | N.D. |
| 18,88       | 18,55 | 4,27        | 7,97 |

Par ailleurs, la grossesse n'a été marquée, pour les enfants présentant des troubles du comportement comme chez les délinquants, par aucune affection somatique maternelle survenant avec une fréquence notable. Par contre, nous relevons, dans une proportion voisine pour les deux, la notion de chocs émotionnels ou ennuis répétés : 19 p.cent chez les délinquants et 16,9 p.cent chez les non délinquants.

Il n'y a eu prématuration nette, avec naissance antérieure de plus de 15 jours au terme, que dans la proportion de :

3,82 % chez les délinquants,

6,2 % chez les non délinquants,

ce qui n'excède nullement les chiffres pour l'ensemble de la population normale.

La notion d'un accouchement difficile a été rencontrée dans les deux cas avec une fréquence de 9 p.cent. L'imprécision de ce terme rend bien difficile la comparaison avec la population normale. Il en est également de même, en partie au moins, en ce qui

concerne la notion d'anoxie ayant nécessité une réanimation. Il y a peut être toutefois une différence entre les deux groupes :

1,57 % délinquants  
5,39 % non délinquants

(Signalons que dans la population de Vitry, il semble que ces antécédents soient spécialement fréquents pour les sujets présentant des troubles caractériels légers).

Les constatations faites à la naissance ou dans les premiers jours (malformation, hémorragies méningées) ne montrent rien d'anormal dans les deux groupes. De même en ce qui concerne la gémellité.

Pour le poids de naissance, les chiffres sont les suivants :

|                       | D.    | N.D. |
|-----------------------|-------|------|
| Pas de renseignements | 22,69 | 32,7 |
| Moins de 2,500 kg     | 3,37  | 3,54 |
| 2,500 kg à 3 kg       | 8,31  | 16,9 |
| 3 kg à 3,500 kg       | 30,11 | 23,9 |
| 3,500 kg à 4 kg       | 19,32 | 15,1 |
| Plus de 4 kg          | 10,11 | 8,87 |

Ces chiffres peuvent être considérés comme identiques à ceux de la population normale. Tout au plus, pourrait-on en conclure que le poids moyen des non délinquants était légèrement inférieur à celui des délinquants.

En ce qui concerne l'allaitement, les chiffres ont été les suivants :

|                                             | D.    | N.D. |
|---------------------------------------------|-------|------|
| Pas de renseignements                       | 22,92 | 38,9 |
| D'emblée allaitement artificiel             | 27,41 | 18,6 |
| Allaitement maternel - de 15 jours          | 5,39  | 4,43 |
| Allaitement maternel jusqu'à 3 mois environ | 17,53 | 26,6 |
| Allaitement maternel jusqu'à 6 mois         | 10,56 | 9,7  |
| Allaitement maternel jusqu'à 12 mois        | 9,21  | 1,76 |
| Allaitement maternel au-delà de 12 mois     | 5,84  | 0,88 |

Si l'on compare les pourcentages dans les deux groupes en ne tenant compte que des cas où l'on a eu des renseignements, on peut retenir que les proportions d'allaitement d'emblée artificiel sont assez proches : 35 p.cent chez les délinquants et 30 p.cent chez les non délinquants.

Les enfants inadaptés non délinquants, allaités par leur mère, l'ont été moins longtemps que les délinquants :

|                          | D.   | N.D. |
|--------------------------|------|------|
| Jusqu'à 3 mois seulement | 30 % | 50 % |
| Pendant plus de 3 mois   | 35 % | 20 % |

Dans le domaine des affections de la petite enfance :

Même pourcentage de difficultés alimentaires (environ 8 p.cent) dans les deux groupes,

mais plus de toxicoses chez les non délinquants (4,43 contre 1,80) et plus d'otites récidivantes (12,4 contre 2,90), plus de convulsions dites de dentition (4,43 contre 2,02), plus de comportements difficiles avec spasmes du sanglot, anorexie, problèmes de sevrage (8,87 contre 1,57).

Aussi, bien que tout ceci porte sur des pourcentages relativement faibles, la concordance des chiffres paraît suggérer que les non délinquants, de poids de naissance un peu moindre, ont été allaités un peu moins longtemps par leur mère et ont eu une première année de vie plus difficile que les délinquants.

Par la suite :

Il n'y a pas eu d'affections somatiques fréquentes et graves dans l'un ou l'autre groupe, sauf plus de primo-infections chez les non délinquants (8,87 contre 3,37) et donc de séjours en préventorium. Nous trouvons aussi chez eux plus souvent dans leurs premières années un comportement déjà difficile (25,7 p.cent contre 8,09 p.cent), un retard dans les premiers développements (langage, propreté), une persistance de la succion du pouce.

Ce dernier point est d'interprétation plus incertaine que pour les précédents, car il repose sur des données d'interrogatoire, plus sujettes à caution. Il s'agit d'une activité auto-érotique qui a une valeur de décharge psychomotrice ; d'après l'étude de SHENTOUB et SOULAIRAC, sur 300 enfants normaux, cette habitude se rencontre chez 85 p.cent des garçons dans la première année, 65 p.cent dans la deuxième année, et environ 50 p.cent entre 3 et 5 ans. Nous n'avons pas de chiffres de fréquence au-delà de 5 ans. Elle sem-

ble disparaître de façon assez rapide, presque complètement après cet âge.

Mais de toute manière, comme toute activité auto-érotique, la disparition n'est jamais définitive au cours de l'enfance, la réapparition pouvant se faire à la faveur d'une régression. Malgré leur imprécision, nos chiffres suggèrent donc chez le non délinquant, ou bien un retard de maturation affective, ou des régressions fréquentes.

|                                          | D.    | N.D. |
|------------------------------------------|-------|------|
| Pas de renseignements                    | 10,11 | 3,54 |
| Rien à signaler                          | 70,11 | 45,2 |
| Retard important de la marche            | 7,19  | 7,09 |
| Retard du langage                        | 8,31  | 15,1 |
| Retard important de la maîtrise urinaire | 12,58 | 34,5 |
| Retard important de la maîtrise fécale   | 1,35  | 4,43 |
| Succion exagérément prolongée du pouce   | 1,57  | 17,7 |

Enfin, signalons que la notion de convulsions infantiles au-delà de la première année, et d'épilepsie, a été retrouvée chez 2,92 p.cent des délinquants contre 4,43 p.cent des non délinquants.

#### L'état somatique :

Le bilan médical général, l'étude de l'état physique du sujet, appareil par appareil, n'a montré dans aucun des deux groupes d'élément sensiblement anormal et qui permette de les dis-

tinguer des autres sujets. Notamment :

- pas de retards de croissance,
- pas de troubles endocriniens,
- pas d'affections neurologiques,
- pas de déficits sensoriels inhabituellement importants.

Le détail des données relatives à la comitativité montre que le domaine de celle-ci était assez limité dans les deux groupes.

|                                     | D.    | N.D. |
|-------------------------------------|-------|------|
| Pas de renseignements               | 6,52  | 0    |
| Pas d'épilepsie                     | 90,33 | 93   |
| Crises typiques peu fréquentes      | 0,45  | 2,66 |
| Crises typiques assez fréquentes    | 0,22  | 0,88 |
| Petit mal                           | 0     | 1,76 |
| Equivalents psychiques              | 0,67  | 1,76 |
| Association de tr. caractériels     | 0,22  | 4,43 |
| Epilepsie latente découverte E.E.G. | 0,90  | 3,54 |

Nous ne retiendrons que les éléments suivants :

a) La latéralisation :

( tableau page 176 )

|                                                               | D.    | N.D. |
|---------------------------------------------------------------|-------|------|
| Pas de renseignements                                         | 3,82  | 0    |
| Droitier normal                                               | 72,13 | 55,8 |
| Gaucher franc non<br>contrarié                                | 2,47  | 4,43 |
| Gaucher franc con-<br>trarié                                  | 6,52  | 9,7  |
| Dyslatéralisation mo-<br>trice avec dominance<br>insuffisante | 13,03 | 26,6 |
| Dyslatéralisation<br>conceptuelle                             | 2,70  | 5,31 |

Il ressort de ce tableau que les caractéristiques de latéralisation des délinquants paraissent à peu près normales, puisque dans la population habituelle on admet un chiffre de 5 à 10 p.cent de gauchers et que si l'on trouve normalement environ 20 p.cent de droitiers homogènes entre 5 et 10 ans, 40 p.cent entre 10 et 14 ans (AJURIAGUERRA, DIATKINE), il paraît assez satisfaisant chez ces adolescents de 14 à 18 ans d'en trouver une proportion de 72,13 p.cent. Mme GALIFRET-GRANJON a montré qu'à 14 ans, 70 p.cent des sujets ont une dominance manuelle homogène droite, et les formules ambivalentes deviennent rares.

En ce qui concerne les non délinquants, il s'agit d'une population plus jeune en moyenne et ceci est à souligner puisque plus riche en éléments de 14 à 16 ans que la précédente (voir répartition par âge). Il apparaît néanmoins que ces enfants ont un retard dans l'installation de leur dominance latérale.

Ceci est à rapprocher de la fréquence plus grande avec laquelle chez eux on a retrouvé une coordination incertaine des gestes, une difficulté à l'exécution des mouvements complexes ou rythmés, la persistance de syncinésies, d'hypertonie : 28,3 p.cent contre 8,54 p.cent chez les délinquants. Il s'agit manifestement ici d'un retard dans la maturation motrice. Les syncinésies de reproduction disparaissent normalement à 12 ans (AJURIA-GUERRA). Ceci est certainement en rapport également avec la fréquence des dyslexies dans ce groupe, et également des troubles du langage. D'ailleurs, l'existence de perturbations légères dans ce domaine était rencontrée chez 14,2 p.cent des non délinquants contre 5,62 p.cent des délinquants.

Des difficultés en écriture et orthographe étaient également très fréquentes. Tout cet ensemble avait bien souvent joué un rôle de premier plan dans les difficultés scolaires ; la notion d'un retard scolaire simple était en effet rencontrée chez 26,74 p.cent des délinquants et 74,5 p.cent des non délinquants (donc encore fréquence plus grande chez ces derniers).

Il est extrêmement vraisemblable que les facteurs affectifs et le retard de développement signalés dans la petite enfance jouaient souvent un grand rôle. Il est important en effet de rappeler que les 102 enfants de l'Institut Théophile Roussel avaient tous un Q.I.  $\geq$  95.

#### b) Recherche de stigmates dysmorphiques

Elle a donné les résultats suivants :

- Environ 8 p.cent d'anomalies du crâne chez les délinquants, souvent peu importantes, et pratiquement pas chez les non délinquants.

- La fréquence des amétropies importantes était de 2,02 chez les délinquants et 4,43 chez les non délinquants.
- Celle de malformations auriculaires de l'hélix ou de l'antéhélix est du même ordre.
- Une voûte palatine ogivale était rencontrée dans 16 ou 17 p.cent des cas dans les deux groupes de sujets.
- Il n'y avait pas d'anomalies des membres (sauf genu varum ou valgum et pieds plats).
- L'étude du tronc a montré simplement que la fréquence des attitudes scoliotiques était de l'ordre de 10 à 15 p.cent dans les deux groupes, donc sans signification ; celle des déformations du thorax de l'ordre de 5 p.cent.
- Enfin, un protomorphisme, avec hypertélorisme, a été retrouvé chez 4 p.cent des sujets des deux groupes.

Au total, le bilan de stigmates dysmorphiques a été négatif, ces deux groupes étant sensiblement identiques aux enfants normaux.

#### Anthropométrie:

Le type morphologique de base a été également apprécié et les résultats suivants obtenus :

|                       | D.    | N.D. |
|-----------------------|-------|------|
| Endomorphes           | 16,40 | 9,8  |
| Mésomorphes ovalaires | 26,74 | 8,5  |
| " trapézoïdaux        | 23,37 | 31,5 |
| " rectangulaires      | 9,21  | 33   |
| Ectomorphes           | 23,5  | 18,7 |

Il existe donc une nette dominance de mésomorphes dans les deux groupes, plus marquée encore chez les non délinquants. L'étude bibliographique avait montré de la part de S. et E. GLUECK une constatation identique chez leurs délinquants. Par contre, leur population de non délinquants comportait beaucoup plus d'ectomorphes et moins de mésomorphes. Nous avons vu, lors de l'analyse des traits de caractères, qu'elle devait comporter un certain nombre d'enfants ayant des troubles du comportement. Quant à Madame CHOMBART de LAUWE, dans ses inadaptés non délinquants, elle insistait sur l'existence d'un groupe dont l'aspect est plutôt proche des ectomorphes, venant de classes aisées, et qui présente des difficultés scolaires alarmant des familles particulièrement attentives dans ce domaine. Il est évident que notre population d'inadaptés non délinquants n'est pas de ce type. Certes, elle présente, ainsi que nous le verrons plus loin, des symptômes névrotiques, mais surtout une agressivité et une combativité qui la rapprochent des délinquants, et correspondent à la fois au type morphologique et à l'origine. D'autres éléments confirmant l'aspect de base de ces enfants peuvent être retirés de l'étude de la robustesse et de la sthénie. Faite dans les deux groupes, elle a donné les résultats suivants :

|                      | D.    | N.D. |
|----------------------|-------|------|
| Très robustes        | 7,19  | 10,6 |
| Robustes             | 36,85 | 26,7 |
| Moyennement robustes | 41,12 | 44,4 |
| Chétifs, maigres     | 14,38 | 17,7 |
| Décharnés            | 0     | 0    |

|                |       |      |
|----------------|-------|------|
| Sthéniques     | 26,51 | 31,1 |
| Mésosthéniques | 53,48 | 55,8 |
| Hyposthéniques | 13,93 | 12,5 |

Donc, dans les deux groupes, mêmes traits homogènes, d'une morphologie de mésomorphe, ayant un bon niveau de robustesse et de sthénie (plus marqué chez les délinquants).

Nous ne disposons de renseignements staturo-pondéraux que pour les inadaptés non délinquants. Le poids et la taille ne seront étudiés que pour les deux tranches d'âge de 14 à 15 ans et de 15 à 16 ans, correspondant à 46 et 52 sujets. Le nombre des adolescents était trop faible pour être retenu pour les plus âgés. Ceux de 14 à 15 ans mesuraient en moyenne 154,6 cm et pesaient 47,76 kg ; ceux de 15 à 16 ans 159,5 cm et 51,17 kg.

La comparaison avec les chiffres fournis par les Services de l'Hygiène Scolaire en 1955 montre que les tailles sont voisines de celles de la population française de cet âge (155,5 cm à 14 ans, 158,9 cm à 15 ans). Par contre, les poids apparaissent plus élevés que dans la population normale où ils sont de 44,7 kg à 14 ans et de 47 kg à 15 ans. Cette différence de poids semble être assez importante pour mériter d'être retenue.

L'étude du morphogramme (DECOURT et DOUMIC) a été faite pour les différentes tranches d'âge. Il ressort de la comparaison avec les morphogrammes habituels d'adolescents du même âge que le diamètre bitrochantérien est normal, mais que le diamètre bihumeral et le périmètre thoracique excèdent très nettement ce qui est habituellement rencontré. On peut donc conclure que ces inadaptés non délinquants ont une ceinture scapulaire plus développée que les adolescents normaux, et une ceinture pelvienne de type habituel.

Ceci est en accord avec l'aspect morphologique, l'étude de la robustesse et de la sthénie.

Nous avons aussi précisé le stade de développement pileux au niveau du pubis, des aisselles, de la face et du thorax.

| Degré<br>de Dév.<br>de pi-<br>losité | Pubis     |           | Aissel-<br>les |           | Face      |           | Thorax    |           |
|--------------------------------------|-----------|-----------|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                      | 14-<br>15 | 15-<br>16 | 14-<br>15      | 15-<br>16 | 14-<br>15 | 15-<br>16 | 14-<br>15 | 15-<br>16 |
| 0                                    | 3         | 1         | 29             | 19        | 16        | 12        | 45        | 51        |
| 1                                    | 17        | 9         | 11             | 13        | 28        | 37        | 1         | 0         |
| 2                                    | 14        | 13        | 4              | 10        | 1         | 2         | 0         | 0         |
| 3                                    | 12        | 28        | 2              | 7         | 1         | 1         | 0         | 1         |
| 4                                    | 0         | 1         | 0              | 1         | 0         | 0         | 0         | 0         |
| 5                                    | 0         | 0         | 0              | 2         | 0         | 0         | 0         | 0         |

Suivant GODIN, dans la population normale, P1 s'observe en moyenne à 14 ans  $\frac{1}{2}$ , P2 à 15 ans, P3 à 15 ans  $\frac{1}{2}$ .

Nous pouvons donc conclure que le développement de la pilosité, reflet de la puberté,

se fait à un âge normal chez ces enfants.

C'est sur ces trois caractères somatiques, croissance staturale normale, puberté normale, poids supérieur de 3 kg au chiffre moyen, que nous terminerons l'analyse des données somatiques.

## 2) Changements de milieu de vie

La comparaison entre les enfants inadaptés délinquants et non délinquants et les enfants normaux (hospitalisés à Hérold) donne les résultats suivants :

### Nombre de placements

|                                                             | Inadaptés |       | Normaux |
|-------------------------------------------------------------|-----------|-------|---------|
|                                                             | D.        | N.D.  |         |
| 1 seul milieu de vie.<br>(pas de séjour au dehors > 4 mois) | 51,8      | 20,6  | 74,6    |
| 2 milieux successifs:                                       |           |       |         |
| - parents puis nourrice                                     | 4,4       | 5,89  | 3,63    |
| - parents puis institution                                  | 10        | 9,8   | 10,9    |
| - nourrice puis parents                                     | 2,6       | 2,94  | 2,72    |
| - nourrice puis institution                                 | 0         | 0     | 0       |
| - institution puis parents ou nourrice                      | 1         | 1,96  | 0       |
| - par modification interne                                  | 9,2       | 0     | 1,82    |
| + de 2 milieux dont l'un: famille                           | 16,8      | 46,1  | 1,82    |
| + de 2 milieux l'un autre que famille                       | 3,6       | 14,65 | 0,91    |
| Pas de renseignements                                       | 0,6       | 0     | 3,63    |

Il ressort du tableau précédent une donnée de base :  $\frac{3}{4}$  des enfants normaux ont toujours vécu dans leur famille contre  $\frac{1}{2}$  chez les délinquants et  $\frac{1}{5}$  chez les non délinquants présentant des troubles du comportement. Il est ensuite à noter que 10 p.cent des délinquants environ ont eu comme deuxième milieu de vie celui qui résulte de la deuxième union d'un des parents (rubrique 2 milieux par modification interne) et que 20 p.cent environ ont eu plus de deux milieux de vie. Chez les inadaptés non délinquants, 60 p.cent ont eu plus de deux milieux de vie : ceci par modifications internes de la structure du foyer, ou placements au dehors.

Chez les délinquants, trois éventualités se rencontrent avec une certaine fréquence en dehors de la vie dans une famille normale : celle dans le nouveau foyer fondé après la dislocation du premier, le placement unique en institution après la vie dans la famille, les placements multiples après même élevage initial au foyer.

Chez les inadaptés non délinquants, le deuxième type de situation se rencontre aussi, mais en outre plus souvent des situations chaotiques, faites de changements multiples de milieux avec des placements divers, et des séjours dans une famille à la structure changeante. Dans ce domaine, le passé de ce groupe d'enfants semble avoir été plus perturbé encore que celui des enfants du Centre d'observation de Vitry (38 p.cent de placements en nourrice, et 30 p.cent de vie dans deux milieux familiaux et plus).

Le lien avec la dislocation de la structure familiale est manifeste, et Mme CHOMBART de LAUWE l'a bien montré. A ce propos, on peut signaler que la structure familiale du

groupe de Vitry est tout à fait analogue à celle de nos inadaptés non délinquants (62 p. cent de dissociations avec 45,5 p. cent de divorces + séparations + départ d'un des parents, 16,52 p. cent de décès, et dans plus de la moitié des cas remariage ou concubinage).

Nous avons également précisé l'âge de l'enfant au moment du premier changement de milieu de vie.

|                          | D.   | N.D. | Normaux |
|--------------------------|------|------|---------|
| Pas de changement        | 37,4 | 20   | 74,6    |
| 1er ch. entre 0 et 3 ans | 17,2 | 45   | 3,63    |
| - - 3 et 6 ans           | 8,8  | 13   | 1,82    |
| - - 6 et 10 ans          | 13,4 | 16   | 8,18    |
| - - 10 et 14 ans         | 13,4 | 4    | 2,72    |
| Après 14 ans             | 8,6  | 0    | 0       |
| Pas de renseignements    | 1,2  | 2    | 18      |

Si l'on compare ce tableau avec celui donné plus haut à propos de l'âge de l'enfant lors de la dissociation familiale, on voit qu'avant 3 ans chez les non délinquants il y a une proportion voisine dans les deux cas, et en pratique le changement de milieu est habituellement en effet la conséquence de la dislocation du foyer. L'analogie des répartitions suivant l'âge de l'enfant des dissociations familiales et des changements de milieux de vie se retrouve aussi pour les délinquants.

Il résulte de ce tableau qu'il y a deux

époques surtout dans la vie de l'enfant où celui-ci peut être écarté de la famille pour la première fois :

- avant 3 ans d'une part,
- entre 6 et 10 ans d'autre part.

La deuxième, entre 6 et 10, voire 14 ans, correspond souvent à une mise en pension ou à des placements sanitaires. Une telle éventualité se voit chez les enfants normaux ou avec une fréquence plus grande chez les délinquants (mise en internat à cause de la dissociation du foyer).

La petite enfance correspond aux placements nourriciers, souvent successifs d'ailleurs (même conséquence fréquente de la dissociation) ou à des placements sanitaires. Sa fréquence est grande chez les délinquants (17,2 p.cent), mais surtout elle est énorme chez les inadaptés non délinquants (presque la moitié).

En conclusion, nous retiendrons que :

- les changements de milieu de vie sont considérablement plus fréquents dans les groupes pathologiques que chez les enfants normaux ;
- les inadaptés non délinquants ont eu beaucoup plus à les subir que les délinquants, et très souvent pour la première fois entre 0 et 3 ans.

Un tel handicap est manifestement à rapprocher de ce que nous avons constaté parmi les facteurs familiaux et somatiques envisagés plus haut. Ils contribuent sûrement aussi aux perturbations psychologiques que nous allons envisager maintenant.

### 3) Facteurs intellectuels, psychologiques et psychiatriques

a) Nous avons déjà évoqué le problème du niveau intellectuel. Signalons que, pour les deux groupes, on trouvait les fréquences suivantes :

|                            | D.    | N.D. |
|----------------------------|-------|------|
| Retard scolaire simple     | 26,74 | 74,5 |
| Arriération moyenne simple | 12,80 | 3,52 |
| Arriération importante     | 1,57  | 0,88 |

Les caractéristiques des non délinquants sont expliquées par les normes de recrutement de 102 d'entre eux ( $Q.I. \geq 95$ ). Par contre, en ce qui concerne les délinquants pris isolément, le chiffre d'arriération est intéressant à souligner. Il s'agit d'une fraction faible, mais non négligeable, tout à fait en accord avec la bibliographie (rôle favorisant de la débilité légère que le Pr. HEUYER rencontre chez 20 à 25 p.cent des délinquants).

Nous reviendrons, à propos des problèmes d'échec scolaire des inadaptés non délinquants, sur les problèmes de niveau. Il y a intérêt à faire appel à des tests donnant un quotient performance, en plus d'une exploration des connaissances scolaires, car fréquemment ces enfants sont sous-estimés si l'on n'agit pas ainsi. Dans le groupe d'enfants du Centre d'observation de Vitry, les résultats au Terman montraient plus de niveaux inférieurs et moins de supérieurs à la zone 90-110 d'intelligence normale qu'habituellement.

b) Facteurs psychologiques et psychiatriques

Nous ne pouvons donner de classification précise avec répartition chiffrée des troubles présentés par les délinquants et inadaptés non délinquants. Des résultats qui sont reproduits ci-dessous, il ressort que très rares sont les troubles graves (névroses caractérisées, psychoses). Il s'agissait de troubles caractériels comportant, suivant les cas, des perturbations réactionnelles ou non, psychopathiques ou non, et parfois des éléments névrotiques. Tout ceci pourrait faire l'objet d'une classification dans les cadres décrits par notre Maître, le Professeur MICHAUX (perversions conditionnelles en particulier). Avant d'aborder le détail des résultats, nous citerons la répartition des cas d'inadaptés non délinquants du Centre de Vitry qui ont constitué dans cette thèse, à plusieurs reprises, des éléments de comparaison, et que nous envisagerons à nouveau dans l'étude des facteurs sociaux.

Sur 455 enfants du Centre d'observation de Vitry :

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Troubles névrotiques légers      | 25 %   |
| Troubles du caractère légers     | 40,5 % |
| Troubles du caractère importants | 20 %   |
| Troubles névrotiques importants  | 9 %    |
| Déséquilibres psychopathiques    | 2,5 %  |
| Psychoses                        | 1 %    |

Dans notre groupe d'inadaptés non délinquants, une notion domine : 43,4 p.cent de troubles caractériels graves, alors qu'il y en avait 3,14 chez les délinquants.

Il est difficile d'apprécier la part de telle ou telle constitution, de tel ou tel type caractériel. Certaines rubriques des tableaux ci-dessous montrent l'importance du

lot des émotifs et de celui (moindre) des paranoïaques dont on sait qu'ils convergent électivement vers la perversibilité (Pr. MICHAUX). Les tendances sado-masochistes capables d'amener les réactions perverses apparaissent fréquentes, de même le narcissisme témoin d'un arrêt de développement ou de régressions. Dans l'enquête psychologique chez les délinquants, on trouve certains éléments permettant de se faire une idée de l'attitude éducative des parents ; mais c'est là un point difficile à étudier avec précision.

Ainsi, si l'on excepte les 22 p.cent des cas où il n'y a qu'un seul parent, chez les autres le père n'est véritablement le chef de famille que dans 12,2 p.cent des cas ; il assure la gestion du budget dans 13,2 p.cent des cas ; il n'a d'action d'orientation positive stimulante pour l'avenir de son fils que dans 38,82 p.cent des cas. Les parents se désintéressent des loisirs chez 55,82 p.cent de ces adolescents. Mais toutefois, si le père ne s'occupe pas du foyer et de sa famille dans 22,59 p.cent des cas, il le fait dans 54,39 p.cent. Nous ne pouvons pas donner de chiffres correspondants pour les inadaptés non délinquants.

b) Facteurs psychologiques et psychiatriques

Nous ne pouvons donner de classification précise avec répartition chiffrée des troubles présentés par les délinquants et inadaptés non délinquants. Des résultats qui sont reproduits ci-dessous, il ressort que très rares sont les troubles graves (névroses caractérisées, psychoses). Il s'agissait de troubles caractériels comportant, suivant les cas, des perturbations réactionnelles ou non, psychopathiques ou non, et parfois des éléments névrotiques. Tout ceci pourrait faire l'objet d'une classification dans les cadres décrits par notre Maître, le Professeur MICHAUX (perversions conditionnelles en particulier). Avant d'aborder le détail des résultats, nous citerons la répartition des cas d'inadaptés non délinquants du Centre de Vitry qui ont constitué dans cette thèse, à plusieurs reprises, des éléments de comparaison, et que nous envisagerons à nouveau dans l'étude des facteurs sociaux.

Sur 455 enfants du Centre d'observation de Vitry :

|                                  |        |
|----------------------------------|--------|
| Troubles névrotiques légers      | 25 %   |
| Troubles du caractère légers     | 40,5 % |
| Troubles du caractère importants | 20 %   |
| Troubles névrotiques importants  | 9 %    |
| Déséquilibres psychopathiques    | 2,5 %  |
| Psychoses                        | 1 %    |

Dans notre groupe d'inadaptés non délinquants, une notion domine : 43,4 p.cent de troubles caractériels graves, alors qu'il y en avait 3,14 chez les délinquants.

Il est difficile d'apprécier la part de telle ou telle constitution, de tel ou tel type caractériel. Certaines rubriques des tableaux ci-dessous montrent l'importance du

lot des émotifs et de celui (moindre) des paranoïaques dont on sait qu'ils convergent électivement vers la perversibilité (Pr. MICHAUX). Les tendances sado-masochistes capables d'amener les réactions perverses apparaissent fréquentes, de même le narcissisme témoin d'un arrêt de développement ou de régressions. Dans l'enquête psychologique chez les délinquants, on trouve certains éléments permettant de se faire une idée de l'attitude éducative des parents ; mais c'est là un point difficile à étudier avec précision.

Ainsi, si l'on excepte les 22 p.cent des cas où il n'y a qu'un seul parent, chez les autres le père n'est véritablement le chef de famille que dans 12,2 p.cent des cas ; il assure la gestion du budget dans 13,2 p.cent des cas ; il n'a d'action d'orientation positive stimulante pour l'avenir de son fils que dans 38,82 p.cent des cas. Les parents se désintéressent des loisirs chez 55,82 p.cent de ces adolescents. Mais toutefois, si le père ne s'occupe pas du foyer et de sa famille dans 22,59 p.cent des cas, il le fait dans 54,39 p.cent. Nous ne pouvons pas donner de chiffres correspondants pour les inadaptés non délinquants.

Tendances caractérielles

|                                                                                                  | D.    | N.D. |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|
| Pas de renseignements                                                                            | 2,25  | 0    |
| Rien à signaler                                                                                  | 48,76 | 10,6 |
| Agitation motrice manifeste                                                                      | 5,39  | 15,1 |
| Impulsivité, irascibilité, voire colères classiques                                              | 21,80 | 31   |
| Glischroïdie, bradypsychie, adhésivité                                                           | 4,94  | 1,76 |
| Opposition habituelle passive                                                                    | 13,26 | 17,7 |
| Opposition habituelle active                                                                     | 9,21  | 53,1 |
| Combattivité excessive avec dispositions vindicatives, violence, destructions                    | 5,62  | 31   |
| Tendances paranoïaques avec orgueil excessif, méfiance interprétation, susceptibilité ombrageuse | 3,59  | 10,6 |

Epilepsie et épileptoïdie jouent donc un rôle peu important. Les traits essentiels sont l'instabilité avec agitation, impulsivité, l'agressivité avec opposition passive ou active, et dans une mesure moindre des tendances paranoïaques. Communs aux deux groupes, ces éléments sont particulièrement fréquents chez les inadaptés non délinquants pour les divers modes extravertis d'agressivité et d'instabilité. Dans l'enquête psychologique

sur les délinquants, on trouve les indications ci-dessous :

|                   |         |
|-------------------|---------|
| Impulsivité       | 67,53 % |
| Colères soudaines | 21,40 % |
| Suggestibilité    | 54,61 % |

et le tableau suivant :

|                                     |         |
|-------------------------------------|---------|
| Sujets très contraints et sérieux   | 1,23 %  |
| Sujets plutôt contraints et sérieux | 23,45 % |
| Sujets plutôt impulsifs             | 50,61 % |
| Sujets nettement impulsifs          | 22,22 % |
| Pas de renseignements               | 2,47 %  |

Enfin, l'absence de maîtrise des émotions se rencontre dans environ 40 p.cent des cas chez les délinquants.

#### Tendances névrotiques

|                                                   | D.    | N.D.  |
|---------------------------------------------------|-------|-------|
| Pas de renseignements                             | 1,57  | 0     |
| R.A.S.                                            | 41,57 | 6,2   |
| Hyperémotivité manifeste                          | 30,11 | 23    |
| Instabilité émotionnelle                          | 16,85 | 69,1  |
| Phobies diverses                                  | 2,25  | 7,09  |
| Anxiété avec scrupulosité, compulsions            | 4,04  | 28,03 |
| Hypochondrie                                      | 1,35  | 0,88  |
| Dépression, auto-accusation                       | 6,29  | 9,7   |
| Subexcitation mentale                             | 3,14  | 5,31  |
| Inhibition avec introversion, timidité, isolement | 15,73 | 32,7  |
| Manifestations hystéroïdes                        | 0,67  | 2,66  |

L'examen de ce tableau montre la fréquence des tendances névrotiques associées aux troubles caractériels, tout spécialement chez les non délinquants. Dans les deux groupes, deux ou trois sujets sur 10 sont particulièrement émotifs, 1/10 ou 1/20 déprimés.

Les particularités propres aux inadaptés non délinquants sont l'importance des tendances obsessionnelles (28,3 contre 4,04), et l'inhibition : 32,7 contre 15,73.

Ils ont aussi une très forte instabilité émotionnelle.

L'explication des divers éléments de la personnalité de ces sujets peut être abordée en étudiant l'état psychologique et affectif sous-jacent. Si les perturbations sont les mêmes dans les deux groupes (sauf une particulière intensité globale chez les inadaptés non délinquants avec plus de tendances névrotiques), il existe une immaturation affective que nous avons déjà signalée plus haut. On trouve effectivement (bien qu'il faille tenir compte des différences de répartition par tranche d'âge) :

|                                                        | D.   | N.D. |
|--------------------------------------------------------|------|------|
| Narcissisme avec extraversion, exhibitionnisme général | 9,66 | 29,2 |
| Narcissisme avec introversion                          | 4,49 | 10,6 |
| Masochisme avec conduite auto-punitive                 | 4,72 | 16   |
| Sadisme envers les humains ou les animaux              | 1,12 | 16   |
| Sado-masochisme                                        | 1,12 | 8,87 |

Le narcissisme et les manifestations sado-masochistes sont donc, là encore, particulièrement fréquents chez les non délinquants. Ils ont une moins bonne appréhension du réel :

|                                                             | D.   | N.D. |
|-------------------------------------------------------------|------|------|
| Tendances mythomaniaques                                    | 1,12 | 13,3 |
| Réactions de fuite plus ou moins absurdes                   | 9,44 | 20,4 |
| Il existe enfin d'autres troubles plus fréquents chez eux : |      |      |

|                               | D.   | N.D. |
|-------------------------------|------|------|
| Enurésie primaire persistante | 3,59 | 5,31 |
| Enurésie secondaire           | 1,80 | 6,2  |
| Encoprésie persistante        | 0    | 3,54 |
| Terreurs nocturnes            | 5,84 | 9,7  |
| Onychophagie                  | 20   | 41,6 |
| Tics                          | 1,80 | 14,2 |

La signification régressive des premières n'est pas à souligner. L'onychophagie est à considérer comme une conduite auto-mutilatrice structurée (c'est même la plus fréquente). L'agressivité y est culpabilisée, auto-punitive, masochiste. L'onychophagie a aussi une valeur de régression orale. Les tics représentent des structures élaborées de neutralisation de l'angoisse proches des comportements auto-mutilateurs, et il n'est pas surprenant de les trouver avec une fréquence plus grande chez les non délinquants qui ont des tendances névrotiques (SHENTOUB et SOULAIRAC).

De ces éléments, de la succion du pouce que nous avons envisagée plus haut, il conviendrait de rapprocher la masturbation. Sa fréquence est sûrement grande dans les deux groupes, toujours difficile à apprécier. Retenons que, à l'interrogatoire, 20 p.cent environ des délinquants contre 3 p.cent des non délinquants disent avoir eu des relations hétérosexuelles. La différence de répartition par tranches d'âge, ici encore, et le séjour en I.M.P. doivent expliquer ces différences.

Notons toutefois que l'enquête faite à Vitry dix ans après le séjour au Centre a comporté à partir de l'âge de 16 ans la recherche de cette notion. Pratiquement, de 16 à 18 ans, le pourcentage de sujets ayant eu des relations sexuelles était très faible. De 18 à 21 ans, il augmentait, mais avec deux particularités : proportion beaucoup plus forte pour les sujets atteints de troubles caractériels graves, proportion très faible pour ceux atteints de troubles névrotiques. Enfin, il est intéressant de retenir que ceux qui, lors de leur séjour au Centre, avaient présenté des manifestations sexuelles "anormales" ne se distinguaient plus des autres dix ans après sur le plan sexuel. On retrouve ici le caractère relatif d'un symptôme dont la signification est en fait surtout liée à son contexte.

L'enquête comportait également la recherche dans les deux groupes de certains sentiments éprouvés par le sujet : rejet affectif, abandon, culpabilité, infériorité, frustration sociale ou économique. Les trois premiers en particulier ont été rencontrés très souvent, spécialement chez les inadaptés non délinquants (30 à 60 p.cent). La différence de fréquence sur ce point n'est pas forcément significative avec les délinquants, car la plu-

part des non délinquants ont été suivis en psychothérapie, et c'est dans le cadre de celle-ci que bien souvent ces sentiments se sont faits jours.

Pour compléter le tableau de la personnalité de ces sujets, nous préciserons sommairement les troubles qui se sont extériorisés. Pour les délinquants :

|                                                     |        |
|-----------------------------------------------------|--------|
| Crimes et délits contre les biens<br>(vols surtout) | 83,8 % |
| Crimes contre les personnes                         | 0,2 %  |
| Délits contre les personnes                         | 6,4 %  |
| Crimes et délits contre les mœurs                   | 6,6 %  |
| Crimes et délits contre la chose<br>publique        | 1,6 %  |
| Infractions aux règlements                          | 0,4 %  |

Il est intéressant de remarquer qu'à l'interrogatoire ont été retrouvées, chez eux, des conduites inadaptées non sanctionnées comme délits : larcins 33,11 p.cent, bagarres où ils étaient l'agresseur 13,82 p.cent, incidents d'ordre sexuel 5,48 p.cent. Il y avait inadaptation avant l'âge scolaire dans 10 p.cent des cas ; elle est apparue à l'âge scolaire dans 60 p.cent des cas. Or, certaines de ces anomalies se retrouvaient aussi bien et même plus fréquemment chez les non délinquants (mais tout est-il connu chez les délinquants ?). Il n'existe pas une limite franche avec la délinquance proprement dite, si ce n'est leur gravité habituellement moindre, leur survenue à un âge où la responsabilité avait paru plus discutable, et enfin, parfois, la non identification du coupable.

Parmi les exploits de ces inadaptés non délinquants, citons les petits vols à l'école

ou aux étalages, l'"emprunt" de sommes relativement importantes à la maison, etc...

|                                                       | D.    | N.D. |
|-------------------------------------------------------|-------|------|
| Passé d'indiscipline, de caractère cabochard          | 19,65 | 76,1 |
| Passé d'opposition à l'école, avec école buissonnière | 12,13 | 42,5 |
| Passé de fugues récidivantes                          | 7,64  | 15,1 |
| Passé de fabulation, de mensonges répétés et graves   | 5,17  | 16   |
| Passé de troubles sexuels précoces                    | 4,94  | 5,31 |
| Passé de vols récidivants                             | 10,34 | 37,2 |

Au terme de cette étude des facteurs personnels, nous retrouvons toujours l'identité profonde des situations d'enfants inadaptés, délinquants ou non.

La notion d'intoxication alcoolique à la conception ou lors de la grossesse est retrouvée dans un nombre non négligeable de cas. L'étude du déroulement de l'accouchement n'a pas permis de conclusions bien nettes. L'allaitement maternel a été plus bref chez les inadaptés non délinquants, dont la première année de vie et les premiers développements ont été plus troublés. Nous n'avons pas trouvé d'antécédents ou de troubles somatiques à retenir, sauf un retard de la latéralisation chez les non délinquants aussi. Ces enfants sont souvent des mésomorphes robustes. Les non délinquants ont une croissance et une puberté normales, leur poids est supérieur à la moyenne des garçons de leur âge ; leur ceinture scapulaire est particuliè-

rement développée.

La notion de changements de milieu de vie a été très fréquemment retrouvée, surtout dans ce même groupe des inadaptés non délinquants. Ces changements ont été particulièrement précoces et en rapport avec des dissociations familiales plus ou moins chaotiques dans nombre de cas.

L'appréciation du niveau intellectuel montre la fréquence relative, chez les délinquants, d'une débilité légère. (Les conditions de recrutement des non délinquants excluaient a priori, chez eux, cette éventualité ; mais en fait habituellement les problèmes sont les mêmes). La notion d'un certain désintérêt familial a été également retrouvée. Les traits de leur personnalité sont surtout l'émotivité, le caractère paranoïaque, l'agressivité, l'instabilité. Souvent aussi, il existe des troubles névrotiques (surtout chez les non délinquants). Carence d'autorité dans nombre de cas, action éducative abusive dans d'autres sont les facteurs de ces troubles. Narcissisme et sado-masochisme sont souvent présents, avec des conduites "automutilatrices", et ceci peut être compris comme un arrêt d'évolution affective ou une régression à des stades anciens. Le passé de ces enfants a été marqué, surtout à l'âge scolaire, par des conduites inadaptées. Cette éventualité était particulièrement fréquente chez les non délinquants.

Il y a toutes raisons de penser que le lot d'enfants non délinquants s'est trouvé plus tôt et plus gravement incapable d'arriver au minimum d'adaptation sociale nécessaire pour qu'il soit toléré dans le milieu habituel. Ceci s'est souvent produit à la première période de fréquence particulière des troubles du comportement : 7 à 11 ans.

Nous voudrions revenir sur le groupe de référence non délinquant de S. et E. GLUECK. Il partageait, quoique dans de moindres proportions, bien des points faibles propres aux délinquants (éléments familiaux personnels et sociaux). Le comportement de ces enfants, nous l'avons vu plus haut, permet aussi de dire que certains étaient des mal adaptés sociaux. Parmi les données retrouvées chez 1/4 d'entre eux, citons d'ailleurs : chapardages aux étalages, entrée frauduleuse au cinéma (1/10), école buissonnière, etc... Certes, tous ces écarts de conduite avaient été occasionnels et transitoires. Ils étaient identiques à ceux de nos inadaptés non délinquants.

Chez les délinquants, ils avaient au contraire persisté ou s'étaient accusés au point de constituer un passé anormal, déjà net avant la comparution devant le tribunal, souvent entre 11 et 13 ans, pour vols, fugues et vagabondages.

Ce groupe de référence, caractérisé par une certaine inadaptation sociale, pourrait constituer un premier degré s'écartant déjà de la normale, suivi de près par le groupe étudié par Madame CHOMBART de LAUWE. A un degré de plus dans l'inadaptation, on pourrait classer la population de Vitry et notre groupe d'inadaptés non délinquants. Enfin en troisième position pourraient venir les délinquants de S. et E. GLUECK et ceux étudiés par l'Education Surveillée. Toutefois, nous pensons, pour le dernier de ces échantillons, qu'il serait plus juste de voir là une variété particulière d'inadaptation qu'un degré forcément plus grave. En effet, cette population n'est pas plus défavorisée par son passé, au contraire même. Et tous les auteurs qui ont cherché à établir un pronostic relativement au passage à la délinquance récidivi-

vante et à celle de l'adulte, soulignent que nombre des jeunes délinquants n'ont pas un tel avenir. On s'est attaché (FREY, par exemple) à retrouver des éléments permettant de prévoir cette évolution dans certains cas. Pour les autres, il semble que les facteurs extérieurs, sociaux en particulier, suffisent à l'adolescence à faire de ces inadaptés des délinquants d'occasion qui ne seront que des délinquants temporaires. La population délinquante de S. et E. GLUECK, plus fortement récidivante d'ailleurs que les cas étudiés en France (CHAZAL), apparaît une sélection établie lors de la première période d'élection des troubles du comportement, donc plus précocement. Quand on sait la valeur attachée par FREY à ces débuts précoces pour une évolution défavorable lointaine, il semble que le rapprochement puisse être fait. Nous aurions là un type de perturbations anti-sociales plus profondes, plus précoces, susceptibles de persister très souvent à l'avenir, en rapport avec une psychopathie fréquemment. Ces éléments seraient nombreux dans le groupe de S. et E. GLUECK.

Ils le seraient moins dans les groupes français, suisses, etc..., étudiés pour leur pronostic, et qui doivent, comme celui abordé par l'Education Surveillée, comporter une forte proportion de sujets moins inadaptés, venus lors de l'adolescence à la délinquance surtout par occasion.

Le pronostic pour ces éléments serait analogue à celui des troubles du comportement sans délinquance. On peut penser qu'il s'agit souvent là de ces inadaptés non dépistés à l'âge scolaire dans les milieux sous-prolétaires dont parle Madame CHOMBART de LAUWE. Cet auteur estime que le non dépistage s'explique par une moindre attention familiale.

Il est possible que, de ce fait, la sélection à l'âge scolaire ne porte effectivement que sur les éléments vraiment inadaptés et inacceptables dès cet âge. Les autres, qui le sont mais moins, ou pour lesquels jouent tardivement certains facteurs (dissociation familiale : 17 p.cent entre 6 et 14 ans pour les délinquants contre 4 p.cent pour les non délinquants), ne se manifestent sur un mode véritablement asocial qu'à l'adolescence.

Mais en fait, c'est souvent à l'occasion de facteurs surajoutés, et leur évolution lointaine reste dépendante de leur inadaptation profonde (qui n'est que limitée) si des mesures appropriées sont prises. Dans ce cas, la délinquance n'aura eu que la signification d'un symptôme passager d'inadaptation, et ne se pérennisera pas. C'est ce qui correspond, pour CHAZAL, à 80 p.cent des cas.

Nous envisagerons ensuite les facteurs sociaux dont on vient de voir le rôle important.

## C - FACTEURS SOCIAUX

### 1) Echec scolaire

Notre groupe d'inadaptés non délinquants a le plus souvent extériorisé ses troubles dans le milieu familial où il vivait, et à l'école (voir plus haut les 74,5 p.cent de retards scolaires et 42,5 p.cent d'opposition à l'école, avec souvent école buissonnière). L'échec scolaire se rencontrait aussi, nous l'avons vu, mais dans des proportions moindres, chez les délinquants : différence déjà souvent signalée. Pour ces derniers, quelques chiffres peuvent être retenus : 23 p.cent de fréquentation irrégulière, et 77 p.cent de fréquentation régulière. 46,8 p.cent allaient volontiers en classe, 40 p.cent avec indifférence et 13,2 p.cent étaient opposants à l'école. Les résultats étaient parallèles au degré d'intérêt manifesté pour la classe. 21,2 p.cent étaient des écoliers appréciés par leurs maîtres ; 72 p.cent passables ou plus ou moins tolérés, et 6,8 p.cent furent renvoyés ; 45,8 p.cent obtinrent le C.E.P. Nous n'avons malheureusement pas de chiffres correspondants à apporter pour les inadaptés non délinquants.

Or, cette étape de l'âge scolaire a pour eux une importance essentielle : c'est entre 7 et 11 ans que, confrontés avec ce premier milieu extra-familial discipliné, ils extériorisent leur incapacité à s'y adapter malgré leur intelligence normale. Echec scolaire et problèmes familiaux s'intriquent. Ils en arrivent à être amenés dans les consultations spécialisées, puis au Centre de Vitry, à Montesson ou dans divers I.P.M. N'ayant pas de documents personnels, nous comparerons ces délinquants, au comportement des enfants du Centre d'observation de Vitry. Chez ceux où les tests de niveau montraient une proportion

anormalement forte de Q.I. entre 80 et 90, et 90 et 100. Mais le test employé a été le Terman, qui est tout de même très influencé par le niveau scolaire. Et il est probable que cette proportion anormale est beaucoup plus le reflet de l'échec que sa cause, celle-ci étant à rechercher dans les éléments que nous avons vus lors de l'étude bibliographique. Ceci nous paraît corroborer par les constatations analogues faites par PRUDHOMMEAU dans un groupe scolaire de la banlieue parisienne. Il est probable que, dans ce cas aussi, devaient jouer les mêmes facteurs d'inadaptation bien que dans une proportion moindre. On sait en effet (HENRY) qu'il y a des différences significatives entre les écoles de la Seine, les élèves de celles de banlieue se montrant plus faibles (corrélations socio-économiques). CAHN, CAPUL et CAHN-FILACHET pensent d'ailleurs que ces enfants de Vitry "se caractérisent moins par un niveau global plus faible que par certaines dysharmonies".

Il ne semble pas que la repartition intellectuelle réelle soit très différente de celle de l'ensemble de la population. La proportion de retards scolaires d'un an et plus était de 75 p.cent (ce qui est en accord avec le chiffre de 74,5 p.cent que nous avons dans notre groupe d'inadaptés non délinquants). Il est important de souligner qu'elle grandit à mesure qu'il s'agit d'enfants plus âgés. De 50 p.cent au C.P., elle atteint 80 p.cent au C.M1 et 90 p.cent en F.E.

Donc, l'inadaptation scolaire ne fait que s'accroître (3-4 ans de retard) et se généraliser au cours du déroulement de la scolarité dans une population de ce type. Une telle évolution croissante se retrouve aussi pour l'ensemble des écoliers parisiens, mais

avec des chiffres de fréquence bien inférieurs.

Ceci nous conduit à supposer qu'il existe une notable proportion d'enfants inadaptés dans la population scolaire de la Seine. Peut-être était-elle plus élevée aux lendemains de la guerre que maintenant, ce qui expliquerait en 1946-1947 que la répartition des fréquences de retard suivant l'âge soit relativement proche de celle de la population de Vitry, alors qu'en 1953-54 elle était devenue bien inférieure. Elle se rapprochait alors de la courbe obtenue lors de l'enquête de 1956 sur 75.000 écoliers provenant de toute la France. Cette dernière donnait un taux de 30 p.cent environ de retards scolaires, identique du C.E. à la classe de F.E. Ce serait alors là le niveau de base des enfants ayant des difficultés en classe sans que jouent les facteurs d'inadaptation propres à l'agglomération parisienne. La population de Vitry ne serait qu'une sélection de cas les plus atteints dans la population de la Seine. C'est sur de telles bases peut-être qu'il convient de comprendre la corrélation entre les Q.I. au Terman et les retards. Ceux qui sont au-dessous de 90 ont de plus en plus de retard à l'école, à mesure que la scolarité s'avance, et ceux qui sont au-dessus de 90 en ont de moins en moins (enfants plus intelligents et n'ayant pas l'handicap des échecs antérieurs).

En fin de compte, 30 p.cent ont finalement fait une scolarité allant jusqu'à la classe de F.E. La réussite au C.E.P. a été de 23 p.cent (alors qu'elle est de 50 à 60 p.cent pour la population normale de 14 ans), ce qui est à comparer avec le chiffre de 45,8 p.cent pour les délinquants. Une fois de plus, ceux-ci sont intermédiaires entre la population

normale et les enfants ayant des troubles du comportement. Par la suite, parmi les enfants de Vitry, 6,3 p.cent ont passé le certificat d'études d'adultes (au total 29,3 p.cent ont finalement le certificat d'études). Quant à la poursuite d'une scolarité au-delà de 14 ans, elle était le fait de 12,8 p.cent contre 38 p.cent dans la population normale. Dans la population délinquante, le chiffre correspondant est de l'ordre de 25 p.cent. Dans le groupe de Vitry, le bilan fait dix ans après le séjour au Centre montre que dans l'ensemble l'insuffisance verbale et culturelle persiste par la suite, et que la scolarité au-delà de 14 ans reste inférieure au niveau atteint par la population ordinaire. Tout ceci est naturellement lourd de conséquences socio-professionnelles.

## 2) L'échec de l'apprentissage et de la formation professionnelle

Notre groupe d'inadaptés non délinquants n'avait en règle pas abordé cette étape pour des raisons d'âge avant son entrée à l'Institut Théophile Roussel. Quant aux délinquants, 40 p.cent environ n'avaient pas fait d'apprentissage pour des raisons diverses ou n'avaient pas été jusqu'au bout ; 35 p.cent environ seulement étaient sérieux et stables dans leur travail ; les autres ne travaillaient pas après plusieurs renvois, ou étant partis d'eux-mêmes, ou parce qu'ils n'avaient jamais travaillé. Il y avait 20 p.cent de manoeuvres et 20 p.cent d'ouvriers spécialisés. Quant à la qualité du travail, elle ne faisait d'eux des ouvriers appréciés que dans 28,8 p.cent des cas alors que 9,8 p.cent étaient médiocres et paresseux, 22 p.cent instables, la proportion des cas indéterminés étant de 20 p.cent.

Nous comparerons ces résultats avec le bilan fait à Vitry 10 ans après leur séjour pour les enfants qui avaient généralement entre 7 et 11 ans quand ils s'y trouvaient. Les résultats sont devenus les suivants :

|                                                       |        |
|-------------------------------------------------------|--------|
| Adaptation socio-professionnelle satisfaisante        | 65,7 % |
| Adaptation socio-professionnelle médiocre ou mauvaise | 34,3 % |

Dans la deuxième fraction se situe un groupe de 18 p.cent en état de délinquance ou de pré-délinquance. Nous rencontrons là l'articulation entre les deux groupes faisant l'objet de ce travail.

A l'adolescence, certains des inadaptés, non délinquants jusque-là, le deviennent, et ceci dans une proportion d'autant plus forte que le groupe envisagé était initialement plus perturbé. Mais les symptômes présentés au début n'avaient pas de valeur prédictive pour une telle orientation, et les futurs délinquants n'étaient pas les plus handicapés au départ. Il convient aussi d'étudier plus en détail les 65,7 p.cent qui semblent assez bien adaptés. En fait, l'adaptation n'est satisfaisante qu'en s'opérant à un niveau inférieur à celui de l'ensemble de la population de même type socio-économique. Pour l'ensemble des sujets qui ont pu être réévalués en ce qui concernait l'équilibre de la personnalité, 20 p.cent seulement semblaient normalisés, 36 p.cent conservaient des difficultés mineures et 43 p.cent des difficultés importantes les laissant exposés à toutes sortes de problèmes d'adaptation à la vie professionnelle, conjugale, familiale. "Cet échantillon a donc sur le plan mental une fragilité particulière, et probablement un seuil de tolérance aux frustrations et aux difficultés

d'ordre psychologique et social plus bas que la majorité de la population ordinaire".

L'importance de la prolétarianisation par rapport à la génération des parents y dépasse de loin ce qu'on observe habituellement pour une population de même niveau socio-économique : moins d'apprentis et d'ouvriers qualifiés, plus de manoeuvres et d'ouvriers spécialisés, aucun cadre. Fréquents sont le désintérêt pour la vie professionnelle, la polarisation sur une famille refuge, ou des activités en bandes ou groupes plus ou moins structurés, pas nécessairement délinquants.

De plus, l'adaptation apparente est souvent la conséquence d'une meilleure tolérance du milieu familial due à une amélioration du niveau de vie, et des conditions de logement, et à une normalisation des relations affectives dans le foyer. Donc ces sujets, sur le plan de la profession (comme de la famille) ont une adaptation qui est souvent superficielle et fragile : succès apparent et relatif. Néanmoins ici ce sont les délinquants qui sont dans la plus mauvaise posture et ceci n'a rien de surprenant car le passage à la délinquance est certainement favorisé à l'adolescence par l'échec professionnel. Nous l'avons vu lors de l'étude des données bibliographiques. Et cet échec est plus grand chez eux. Un groupe intermédiaire est représenté par les adolescents des bandes (voir plus loin).

L'enquête du Pr. HEUYER sur l'avenir de sujets atteints de troubles du caractère avait donné des résultats identiques à ceux de Vitry : ils n'arrivent qu'à une adaptation précaire et restent dans l'insécurité, avec un niveau social plus bas que des sujets témoins.

|                          | Troubles du caractère | Groupe de référence normal |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------|
| Bonne adaptation sociale | 10,1 %                | 14 %                       |
| Moyennes                 | 52,4 %                | 77 %                       |
| Médiocres                | 26,4 %                | 7 %                        |
| Mauvaises                | 9,6 %                 | 1 %                        |
| Non déterminée           | 0                     | 1 %                        |

On peut retenir qu'à la fin de l'adolescence les facteurs familiaux cessent de jouer directement, et que ce qui reste ce sont les facteurs personnels (état psychique) et dans les facteurs sociaux ce qui résulte du passé.

### 3) Conditions urbaines de vie

Nous avons signalé l'origine partiellement rurale des délinquants. N'ayant pas de données chiffrées, personnelles ou non, sur la répartition par quartiers des inadaptés non délinquants, nous constaterons seulement que les conclusions générales de Madame CHOMBART de LAUWE se trouvent confirmées par les constatations faites par l'Education Surveillée à propos des délinquants issus de milieux urbains :

|                         |      |
|-------------------------|------|
| Indéterminé             | 14,2 |
| Quartiers centraux      | 3,4  |
| Quartiers de transition | 1,6  |
| Quartiers de brassage   | 4,6  |
| Quartiers bourgeois     | 8,4  |
| Quartiers populaires    | 40,6 |
| Banlieues industrielles | 7    |
| Petite ville ouvrière   | 4,6  |
| Banlieue dortoir        |      |
| (ouvrière)              | 11,8 |
| Banlieue résidentielle  | 3,8  |

#### 4) Les loisirs

Nous ne pouvons donner de renseignements relatifs aux inadaptés non délinquants. L'enquête de l'Education Surveillée permet de chiffrer à 8 p.cent environ le nombre des mineurs consommant une quantité excessive de boissons alcoolisées. (Pour Vitry, le bilan dix ans après le séjour donne 2,5 p.cent), et cette éventualité se produit surtout pendant les loisirs ou à la maison, mais pas au travail.

Quant à la fréquentation du cinéma, elle a lieu dans les proportions suivantes (voisines de celle des adolescents des bandes : voir bibliographie) :

|                               |      |
|-------------------------------|------|
| Indéterminé                   | 1,2  |
| Nulle ou < 1 fois par semaine | 23,6 |
| 1 fois par semaine            | 45   |
| 2 fois par semaine            | 20,2 |
| 3 fois par semaine et +       | 10   |

Parmi les lectures, 30 p.cent s'intéressent aux bandes dessinées, comiques et journaux d'enfants, 10 p.cent aux romans policiers.

La compétition sportive n'attire que 6 ou 7 p.cent de ces garçons. Les distractions favorites sont celles indiquées par la bibliographie et du type de celles des bandes.

#### 5) L'appartenance aux bandes

Elle était pratiquement inexistante (3 p.cent) chez nos inadaptés non délinquants. Mais il convient de souligner l'importance de l'âge auquel certains sont entrés à l'Institut Théophile Roussel et qui n'est pas encore celui où l'on appartient le plus facilement à une bande.

En ce qui concerne les délinquants, nous ne sommes pas surpris de chiffres considérables :

- Environ 20 p.cent faisaient partie d'un groupe plus ou moins anti-social, et pour 5,48 p.cent d'entre eux c'est son but avéré ;
- et 40 p.cent appartenait à des groupes se retrouvant sans but déterminé.
- Environ 30 p.cent n'avaient d'autre centre d'intérêt que la bande.

Ce facteur bande intervient naturellement surtout pour les délinquants provenant de milieux urbains où il paraît être de première importance. C'est par lui que souvent, à la deuxième période favorable aux troubles du comportement (à la puberté), se fait le passage à la délinquance. Nombre des enfants inadaptés qui sont dans un I.M.P. y échappent parce qu'ils sont soustraits à ce facteur déclenchant. Mais à leur retour dans leurs conditions de vie habituelles, si leur inadaptation persiste, il arrive qu'ils suivent cette voie et deviennent d'authentiques délinquants.

Le nombre des inadaptés pouvant être chiffré à 600.000 pour la France (Pr. MICHAUX), on peut considérer que dans la région parisienne il y en a 50.000 qui sont en danger (Congrès de l'UNAR de Rouen), dont 5 à 10.000 se trouvent dans des bandes.

Nous résumerons ici les données étiologiques mises en évidence par l'enquête sur les bandes faite par l'Education Surveillée en 1960. Elles sont surtout le fait des grandes villes : la délinquance en bandes augmente de 124 p.cent pour les villes de plus de 100.000 h contre 28 p.cent pour celles de moins de 50.000 h. L'âge moyen est de 16 ans (7 p.cent

de moins de 12, 15 p.cent de 12 à 14 ans, 38 p.cent de 14 à 16 ans, 40 p.cent de 16 à 18 ans), mais il peut aussi y avoir répartition entre 8/10 de moins de 18 ans, et 2/10 de 18 à 21 ans. La différence d'âge entre les membres d'une bande est en moyenne de 1 à 2 ans. L'étude du logement de la famille de ces adolescents a montré les résultats suivants :

|                                |      |                                                                                  |
|--------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------|
| H.L.M.                         | 21 % | (alors que pour l'ensemble de la population de la Seine le chiffre est de 3,5 %) |
| Hôtel                          | 7 %  |                                                                                  |
| Pavillon                       | 11 % |                                                                                  |
| Immeuble de moyenne importance | 47 % |                                                                                  |
| Ilôt insalubre                 | 13 % |                                                                                  |

Elles naissent du fait de relations de voisinage (52,19 p.cent) des loisirs ou du chômage (37,46 p.cent), des vacances (32,30 p.cent), des connaissances au travail (8,27 p.cent), ou en centre de rééducation (5,42 p.cent).

La proportion des dissociations familiales est de 45 p.cent ; il y a 5,1 enfants en moyenne au foyer (2,4 pour la France). La situation sociale de la famille est modeste, mais pas misérable, et il y a une augmentation des sujets issus de milieux aisés. Ces adolescents ont le C.E.P. dans des proportions voisines de la normale, et seulement 8 p.cent sont sans emploi, mais pour 40 p.cent le travail est irrégulier. Cette enquête confirme également le nombre de bandes fluctuantes dans leur structure et montre que les bandes sont un facteur de récidive.

Ces données ont été établies à partir d'adolescents de bandes, délinquants reconnus. Une part importante de ces conclusions semble pour-

tant être valable à titre plus général : cette population pré-délinquante serait alors nantie de facteurs d'inadaptation de gravité moyenne seulement ; et en tout cas sa situation serait nettement meilleure que celle des inadaptés non délinquants que nous avons étudiés.

Tels sont les principaux facteurs sociaux qui peuvent intervenir. Nous ne dirons rien de ceux qui sont propres au milieu rural, car ils ne sont pas isolés dans l'enquête de l'Education Surveillée. Ceux qui ont été envisagés concordent tout à fait avec les données bibliographiques (échec scolaire, échec professionnel, vie urbaine, loisirs, bandes, etc...). Au point de vue scolaire, notre groupe de non délinquants s'était, comme sur bien d'autres points, montré plus inadapté que les délinquants de l'Education Surveillée.

## CONCLUSION

-:-

L'inadaptation sociale est la résultante des multiples facteurs vus lors de l'étude bibliographique, et que nous avons retrouvés. Du milieu familial dans lequel il vit ses premières années, et de son apport héréditaire, l'enfant tire les bases de son comportement social lorsqu'il est confronté avec le monde extra-familial. Certes, de nouvelles interactions vont se produire entre celui-ci et sa personnalité, mais elles se feront en fonction des données antérieures.

La première grande étape extra-familiale est l'école. De 7 à 11 ans se situent aussi les manifestations de la première période d'élection des troubles du comportement. Elle est le fait des enfants qui ont le passé le plus chargé en facteurs constitutionnels ou acquis d'échec. Elle est, dans les cas sévères, l'occasion du dépistage et de mesures thérapeutiques qui ont une grande importance pour l'avenir. Le groupe d'enfants que nous avons étudié correspond à ce lot. Il n'est le plus souvent pas encore question de délinquance à cet âge, mais la chose est possible en période prépubertaire (groupe de S. et E. GLUECK). Ce sont alors des délinquants précoces et récidivistes, et il semble bien que pour eux l'évolution défavorable à longue échéance soit à craindre vers la délinquance d'habitude à l'âge adulte : nous retrouvons les études faites par E. FREY sur le pronostic de la délinquance. Quant aux non délinquants

de ce groupe, ils peuvent le devenir à l'adolescence, ou arriver à une adaptation partielle et superficielle à l'âge adulte s'ils rencontrent des circonstances favorables.

La deuxième grande période des troubles du comportement se situe à l'adolescence. Il paraît s'agir alors de sujets moins handicapés que les précédents, ou qui le sont plus tardivement. La part de la puberté et des conditions de vie urbaine paraît grande dans leurs troubles. Ce sont plutôt des délinquants d'occasion, quand ils le deviennent. Ils représentent le plus gros de l'effectif des délinquants juvéniles, et les mesures rééducatives parviennent souvent à les ramener à un comportement social acceptable, avec moins de tendance à la récidive que dans le premier groupe. C'est dire l'intérêt de telles mesures.

A ces délinquants inadaptés au passé moins lourd correspond le groupe étudié par l'Education Surveillée. Quant à ceux qui ne deviennent pas délinquants, le pronostic de leur évolution apparaît aussi souvent plus favorable que pour le premier groupe. Suivant les cas, ils peuvent finalement surmonter ce qui n'aura été qu'une crise d'adolescence passagère, ou rester à l'âge adulte plus ou moins inadaptés, en particulier du fait de difficultés caractérielles ou névrotiques.

En fin de compte, dans une proportion variable suivant les cas, ces sujets n'arriveront qu'à un niveau de réussite professionnelle, conjugale et parentale relatif. A la génération suivante, avec ce demi-échec et la transmission d'éléments constitutionnels, on risque de voir également des troubles du

comportement. C'est dire l'intérêt, non seulement proche, mais aussi lointain, qu'il y a, à tenter par tous les moyens, de favoriser chez eux une meilleure insertion sociale.

## CONCLUSIONS GENERALES

-:-

L'inadaptation sociale est un phénomène de plus en plus fréquent au cours de l'enfance et de l'adolescence. Lorsqu'elle existe à cette période de la vie, elle trouble souvent ultérieurement une bonne partie de l'existence du sujet. Chez le jeune, elle peut se manifester par des perturbations plus ou moins importantes du comportement dans les divers milieux de vie. La délinquance en représente l'aspect le plus marqué et bien souvent le plus lourd de conséquences. Nous avons eu pour but de faire une revue de la bibliographie relative aux facteurs qui en sont à l'origine, et de confronter ces données avec les résultats de deux enquêtes. L'une a été faite par la Direction de l'Education Surveillée chez 450 délinquants. Grâce à la bienveillance de Monsieur le Directeur du Centre de Formation et d'Etudes de l'Education Surveillée de Vaucresson, Monsieur le Docteur BIZE, et de l'équipe chargée de ce travail, nous avons eu communication de ses résultats, et nous voudrions exprimer ici notre gratitude à ceux qui nous ont permis de les confronter avec ceux de la deuxième enquête. Celle-ci a été faite par nous sur un groupe d'adolescents de 14 à 18 ans, présentant des troubles du comportement le plus souvent sévères, mais ne relevant pas de la délinquance. Certains étaient hospitalisés à la Clinique de Neuro-Psychiatrie Infantile de la Salpêtrière dirigée par notre Maître, Monsieur le Profes-

seur MICHAUX. Le plus grand nombre se trouvait à l'Institut Théophile Roussel de Montesson. Nous voudrions remercier aussi Monsieur le Docteur MISES, ainsi que Monsieur le Directeur de cet établissement, à la bienveillance desquels nous devons d'avoir pu colliger les renseignements dont nous avons besoin.

L'étude des données bibliographiques conduit à s'arrêter à une théorie mixte de l'origine des anomalies du caractère chez l'enfant, faisant appel à des éléments constitutionnels, et à des éléments conditionnés par le milieu. Ceux-ci s'associent et s'intriquent d'une manière très différente d'un sujet à l'autre, et souvent tellement complexe qu'il est difficile d'en démêler l'écheveau. Ces enfants sont issus de parents souvent alcooliques, présentant des troubles psychopathiques ou caractériels divers, fréquemment désunis. Les conditions de logement sont souvent mauvaises, et l'ambiance familiale peu accueillante. Les antécédents pathologiques avant la naissance, au moment de celle-ci, ou pendant le développement ne permettent pas habituellement de différencier ces enfants des sujets normaux. Il en est de même de leur état de santé. Par contre, certains types morphologiques sont rencontrés avec des fréquences telles qu'ils paraissent jouer un rôle. Mais le facteur dominant semble représenté par divers troubles du développement psychologique de l'enfant, et de la formation de sa personnalité. Bien souvent, ces sujets ont à subir de précoces et nombreux éloignements du milieu familial, très fréquemment des carences parentales se manifestent, surtout dans le domaine affectif pour la mère, et dans celui de l'autorité pour le père. Cette dernière doit être présente, modérée, juste et hiérarchisée pour apporter à l'enfant la sécurité qui est indispensable

avec l'affection à sa maturation normale. Dans certains cas, toutefois, il s'agit au contraire de parents abusifs. Et finalement, par son patrimoine héréditaire, l'ambiance dans laquelle il a vécu, l'enfant inadapté en arrive au point de vue mental et caractériel à n'être point superposable à l'enfant normal. Il est globalement immature, bien souvent instable, hédonique, peu au contact du réel. Son intelligence peut être à la limite inférieure de la normale, voire du domaine de la débilité légère. C'est là un facteur favorisant et aggravant, mais il est rencontré habituellement avec une fréquence assez limitée tout de même. Ses anomalies caractérielles peuvent surtout être plus accusées, qu'il s'agisse d'une psychopathie vraie où dominent souvent les tendances perverses, ou bien de l'existence d'éléments névrotiques. Il est rare que les perturbations soient structurées dans un sens psychiatrique plus marqué. Le type d'anomalie mentale réalisé est très important dans l'orientation de l'enfant vers telle ou telle variété de troubles du comportement, relevant ou non de la délinquance. Mais c'est là aussi la cause essentielle d'un échec fréquent dans cette première étape extra-familiale de la vie sociale que représente l'école. Et l'échec scolaire, expression d'inadaptation, devient aussi pour le futur cause de nouvelles défaites. Ceci est particulièrement vrai pour l'apprentissage, lorsqu'est venu le moment d'aborder une formation professionnelle. Rebuté par l'école ou l'atelier, l'enfant ne peut guère s'appuyer sur son milieu familial, bien souvent insatisfaisant. Dans les conditions de vie urbaine actuelles, surtout dans les milieux défavorisés, il se trouve conduit à consacrer une part importante de ses heures à d'autres activités, qui vont dans le sens de ses recherches de faci-

lité ou de compensation à ses besoins profonds restés insatisfaits. Parmi les éléments qui peuvent se montrer nocifs, nous retiendrons au milieu d'autres la fréquentation abusive des salles de cinéma, et l'incorporation à une bande. Il est en effet malheureusement fréquent de voir celle-ci s'orienter vers des activités anti-sociales qui conduisent l'adolescent à la délinquance. Un tel schéma doit faire sa place aux grandes circonstances perturbant la vie sociale de l'ensemble du pays, telles la guerre ou les crises économiques. Elles interviennent de différentes manières pour accroître les manifestations d'inadaptation sociale.

La comparaison de notre groupe d'inadaptés non délinquants et de celui étudié par la Direction de l'Education Surveillée confirme l'existence de ces divers facteurs étiologiques. Elle montre qu'il s'agit bien d'un ensemble unique, source de manifestations sociales différentes. En fait, les enfants qui présentaient des troubles graves du comportement avaient rencontré des difficultés de tous ordres, analogues à celles des délinquants, et même souvent plus lourdes. Il semble qu'il faille chercher là l'origine de la précocité et de l'intensité de leur inadaptation. Celle-ci, en dépassant les limites de tolérance du milieu, les a conduits dans les consultations spécialisées où ils ont été pris en charge. Les délinquants avaient aussi présenté des troubles voisins, mais moins marqués. Ils ont été tolérés jusqu'au moment où, à la puberté, la perturbation de leur comportement les a conduits à des actes délictueux, favorisés par divers facteurs sociaux. Le domaine de l'inadaptation comprend naturellement des types de moindre atteinte que les précédents, tels certains de ceux qui

avaient fait l'objet du travail de Madame CHOMBART de LAUWE.

L'importance actuelle de ce problème sous tous ses aspects justifie les tentatives faites dans divers domaines pour s'efforcer de le résoudre. A côté des attitudes thérapeutiques, la prophylaxie a manifestement une grande importance, et elle doit s'orienter vers une attaque des divers facteurs qui sont à l'origine de l'inadaptation sociale et de la délinquance.

-:-

Vu :  
Le Président :  
Signé : L. MICHAUX

Vu :  
Le Doyen :  
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :  
Le Recteur de l'Académie de Paris :  
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AMADO G.

Ethique et psychologie d'un groupe  
d'adolescents inadaptés.  
Evolution Psychiatrique, fasc.1, 1951

Les enfants difficiles.

P.U.F. Paris, 1955

Des enfants pré-alcooliques ?

L'Evolution Psychiatrique, 1959

AUBRY J.

La carence de soins maternels.

P.U.F., Paris, 1955

BEAUSOLEIL J.

Comment prévenir la délinquance ?

Editions de l'Institut de Psychologie  
de l'Université et du Centre d'Orienta-  
tion de Montréal, 1949, p.131.

BELEY A.

L'enfant instable.

P.U.F., Paris, 1951

BERGERON M.

Les fugues et le vagabondage chez  
l'enfant.

Annales médico-psychologiques, n°5,  
mai 1960, pp. 1-22

BIZE R.

L'évolution psychologique de l'enfant.

P.U.F., Paris

- BOURRET et THEVENIN L.  
La délinquance juvénile dans la région  
lyonnaise de 1945 à 1948  
Journal Méd. de Lyon, 20.1.1950  
pp.87-95
- BOUTONIER J.  
L'enfant orphelin.  
Ecole des parents, avril 1950
- BOVET L.  
Les aspects psychiatriques de la dé-  
linquance juvénile.  
lère Monographie de l'OMS. Genève,  
1951, Masson, Paris
- BOWLBY J.  
Soins maternels et santé mentale.  
Genève, 1951 - 2e Monographie de  
L'OMS, Masson, Paris
- BROSSE T.  
Psycho-pathologie de l'enfance victime  
de la guerre.  
Collection UNESCO
- CAHN R., CAPUL M., et CAHN-FILACHET D.  
Le devenir des enfants inadaptés 10  
ans après leur séjour au Centre d'Ob-  
servation de Vitry.  
Sauvegarde, sept.oct. 1961
- CHAZAL J.  
Etudes de criminologie juvénile.  
P.U.F., Paris, 1952  
  
Les bandes d'enfants voleurs.  
Revue de NPI et d'H.M. de l'enfance,  
1955, n°6  
  
Les bandes asociales d'enfants et leur  
intégration dans les cadres.  
Enfance vagabonde - UNESCO 1950

CHAZAL J.

De l'étude du vol à celui de l'enfant voleur.

Revue de NPI et d'H.M. de l'enfance, 1955, n°9-10, p.407

A propos de la délinquance juvénile.  
Revue de Criminologie et de Police technique, Genève, 1950, T.4, n°3, pp. 193-206

L'enfance délinquante.

Coll. Que Sais-je ? n°563, P.U.F., Paris, 1958

CHOMBART de LAUWE P.

La vie quotidienne des familles ouvrières.

Paris, Ed. CNRS, 1956

CHOMBART de LAUWE P. - Y.M.J.

Psycho-pathologie sociale de l'enfant inadapté.

Paris, Ed. CNRS, 1959

L'influence de la rue et du quartier sur l'enfant et la famille.

Ecole des Parents, n°8, juin 1956

Milieu social et psychiatrie infantile.

Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance, n°5-6, mai-juin 1956

DIATKINE R.

Maturation du système nerveux et apprentissage de la lecture.

Revue française de NPI, n°3-4, 1957, pp. 223-227

DIRECTION DE L'EDUCATION SURVEILLEE

Enquête inédite (médicale, psychologique, sociologique) sur les mineurs délinquants de 14 à 18 ans.

DOLTO-MARETTE P.

L'enfant unique.

Ecole des Parents, avril 1950

DOUBROW S.

Lectures et délinquance juvénile.  
Presse Médicale, 2 oct. 1957, T.65,  
n°70, pp. 1581-1582

Délinquance juvénile et réflectivité  
cérébrale.

Presse Médicale 21 sept. 1957, T.65,  
n°67, pp. 1511-1512

DUBLINEAU J.

Attitude du père dans la famille.  
Ecole des Parents, février 1951

DUCHE D.J.

Les problèmes familiaux et l'internat.  
Ecole des Parents, n°7, mai 1961

Les évolutions des situations d'inadaptation.

Sauvegarde de l'enfance, janv.fév.  
mars 1962

L'ENFANT DELINQUANT PSYCHOPATHE

Table ronde, 1959, Am. J. of Orthops.,  
avril 1960

EQUIPES D'AMITIE -

E.A.M., Paris, 1962

FAU R.

Les groupes d'enfants et d'adolescents.  
P.U.F., Paris, 1952

FAVEZ-BOUTONIER J.

Troubles du caractère réactionnels à  
la dyslexie.

Sauvegarde de l'Enfance, 1955, n°7-8,  
pp. 536-547

FAVREAU J.A. et DOUMIC A.

Psychanalyse et éducation.

La Psychanalyse d'aujourd'hui, T.1,  
P.U.F., Paris, 1956

FRIEDLANDER K.

La délinquance juvénile.

P.U.F., Paris 1953

FREUD A.

Le moi et les mécanismes de défense.

P.U.F., Paris 1952

FREY E.

L'avenir des mineurs délinquants.

Cahier n°1 de Sauvegarde.

GALIFRET-GRANJON N.

Organisation spatiale dans les dyslexies.

Enfance, Nov.-déc. 1951, pp.445-479

GALLOT M.M.

Les facteurs étiologiques de la délinquance juvénile.

Revue du Praticien, T.3, n°17, 11 juin 1953, pp. 1219-1223

GAMET A.

Contribution à l'étude de l'enfance coupable. Les facteurs familiaux et sociaux.

Thèse Lyon, 1941

GLUECK S. et E.

Unraveling juvenile delinquency.

New-York, 1950

Criminal careers in retrospect

New-York, 1943

Delinquency in the making path to prevention.

New-York, 1952

Etude sur la délinquance juvénile.

Sauvegarde de l'enfance, avril 1954, pp. 472-489

Délinquants en herbe.

Vitte, Paris, 1956

GRATIOT-ALPHANDERY H.

Rôle des parents dans l'adaptation sociale de l'enfant.

Ecole des Parents, n°3, année 1956-57, pp. 12-19

de GREEF E.

Introduction à la criminologie.

P.U.F., Paris, 1948

Criminogenèse. Rapport au 10e Congrès internat. de Criminologie, Paris, 10-19 sept. 1950

GUEX G.

La névrose d'abandon  
Paris 1950

GUYOTAT J.

La vie instinctivo-affective.

Cahiers médicaux lyonnais, T.38, n°3, mars 1962, pp. 225-244

HAZEMANN R.

Nécessité de la recherche concernant les aspects psycho-pathologiques de la vie des grands ensembles.

Communication au 41e Congrès d'Hygiène, Paris, 9-10 oct. 1961

HEUYER G.

Les enfants anormaux et la délinquance juvénile.

Thèse Paris, 1914

Les bourreaux domestiques.

Prat. Méd. Franç., juin 1926

La réaction d'opposition chez l'enfant.

Revue Méd. Soc. de l'Enfance, mai-juillet 1934 (en coll. avec DUBLINEAU)

Troubles du caractère et inadaptation sociale chez des métis.

Arch. méd. enf. oct. 1937 (en coll. avec Melle LAUTMANN).

HEUYER G.

Enquête sur 400 dossiers de délinquance juvénile.

Paris, 1942

Délinquance et troubles du caractère chez les adolescents.

Revue de l'Ed. Surveillée, mai-juin 1946

Le cinéma et les troubles du caractère de l'enfant.

Congrès de filmologie, oct. 1947 -

Psyché, oct. 1947 (en coll. avec LEBOVICI S.)

Psycho-pathologie de l'enfance victime de la guerre.

Sauvegarde, n°17, fév.1948, pp.14-15

Le rôle de la réaction d'opposition dans la formation du caractère chez l'enfant.

Journal de Psychologie, janv. 1948  
(en coll. avec DUBLINEAU M.)

Réactions d'imitation et d'opposition chez l'enfant.

Journal de Psychologie, 1949 (en coll. avec DUBLINEAU M.)

Le niveau intellectuel des enfants d'âge scolaire.

Cahier 13 de Travaux et documents de l'INED, P.U.F. Paris, 1950

Ier Congrès mondial de Psychiatrie, Paris, 1950 - Sauvegarde de l'Enfance, n° spécial, 1951

Histoire des doctrines en criminologie.  
2e Congrès de Criminologie - Revue de Criminologie et de Police technique, Genève, 1950, V.4, n°3, p.171-2

HEUYER G.

Sur quelques réactions des enfants  
inadaptés devant le film.

Rev. int. de filmologie, janv.mars 1952  
(en coll. avec LEOVICI S. et  
BERTAGNA L.)

Introduction à la psychiatrie infantile  
P.U.F., Paris, 1952

Troubles du comportement et épilepsie  
infantile.

Revue de NPI et d'H.M. , 1ère année,  
n°1, nov.déc. 1953 (en coll. avec  
LEOVICI S., Mme LERIQUE et GIABICANI M.)

Troubles du comportement de l'enfant  
et schizophrénie.

Revue de NPI et d'H.M. de l'enfance,  
3e année, nov.déc. 1955, n°11-12

Contribution à l'étude électroencépha-  
lographique des troubles du caractère  
et du comportement chez l'enfant.

Semaine des Hôpitaux, Annales de  
Pédiatrie, janv. 1957 (en coll. avec  
NEKOROCHEFF I. et LELORD G.)

Regards sur la jeunesse d'aujourd'hui.  
Ouest Méd., 12e A., n°12, 25 juin 1959

La délinquance juvénile en France.  
A criança portuguesa, A XIX, 1960

HONORE B.

Contribution à l'étude de l'inadapta-  
tion sociale des mineurs à partir d'une  
enquête sur l'intervention juridique.  
Thèse Paris, 1957

JOUBREL H.

Jeunesse en danger.  
Fayard, Paris, 1960

Mauvais enfants de bonne famille.  
Aubier, Paris.

JOUBREL H.

Les jeunes en groupes et en bandes.  
Spes, Paris, 1960

JOUBREL H. et F.

L'enfance dite coupable.  
Bloud et Gay, Paris

KHOURI C.

Les facteurs sociaux, économiques,  
familiaux des troubles du caractère  
chez l'enfant.  
Thèse Paris, 1950

KLEIN-LEVY Mme

Dans le cadre des instabilités psycho-  
motrices de l'enfance, les instabilités  
dites conditionnées.  
Thèse, Paris, 1952

KOHLER J.

Les attitudes éducatives fondamentales.  
St-Luc, 67e A., n°2, fév. 1961, pp.67-80

LABAR P.

Etude systématique des facteurs étiolo-  
giques de la délinquance des filles  
mineures.  
Mémoire pour le titre d'Assistant  
étranger, Paris, 1961

LAFON R.

Le problème des comportements pervers  
chez l'enfant et l'adolescent.  
49e Congrès des méd. al. neurol. de  
France et des Pays de langue française,  
Masson, Paris.

LAGACHE D.

Psychocriminogénèse.  
Rapport au 10e Congrès international  
de Criminologie, Paris, 1950

LAGACHE D.

La psychocriminogénèse.

13e Cong. des Psychanalystes de langue française, Revue Franç. de Psychanalyse, n°1, 1951

LAUNAY C.

Retard simple du langage.

Arch. Fr. de Pédiatrie, 1955, T.12, pp. 169-185 (en coll. avec Mme BOREL-MAISONNY et DESRIAC P.)

Carences et soins maternels dans la petite enfance.

Semaine des Hôp. (Sem. prof. et méd. sociale), n°16, 30 avril 1956 (en coll. avec VERLIAC F., TRELAT J. et LYARD D.)

Les phobies de l'école.

Journées d'étude de NPI 9 et 10 mai 1956 - Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance, mars-avril 1957

Problèmes psychologiques chez les écoliers amblyopes.

Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance, 4e A., sept.oct. 1956, n°9-10

L'Hygiène mentale de l'écolier.

P.U.F. Paris, 1959

Adoption et abandon.

Conférence au Centre catholique d'éducation familiale - février 1959

Parents et enfant dyslexique.

Ecole des Parents, 1959-60, n°7, mai 1960

Rôle des parents dans la genèse des maladies mentales chez l'enfant.

Hygiène mentale, n°5, 1959, pp.233-253

LAUNAY C.

Corrélations électroencéphalographiques  
dans les troubles du comportement de  
l'enfance.

Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance,  
7e A., juillet-août 1959, n°7-8  
(en coll. avec TRELAT J., BLANC C.,  
et NARBOUTON R.)

LEBOVICI S., MALE P. et PASCHE F.

Psychanalyse et criminologie.

Rapport au 13e Congrès des Psychanalystes  
de langue française.

le BOURDELLE S.

Notes sur le cinéma et la délinquance  
juvénile.

Rééducation, juillet 1948

LEMAY M.

Les groupes de jeunes inadaptés.

P.U.F. Paris, 1961

le MOAL P. et FAUGERE

Le cinéma et l'enfant.

Sauvegarde, nov.déc. 1947

MALE P.

Etude psychanalytique de l'adolescence.

La Psychanalyse d'aujourd'hui, t.1,

P.U.F., Paris, 1956

MALIGNAC G.

Délinquance juvénile et alcoolisme.

Rééducation, janv.fév. 1954, 8e A.,  
pp. 27-31

MATHIS M. et EHRARD M.

La notion d'adaptation en psychopatho-  
logie infantile.

Sauvegarde de l'Enfance, sept.oct.1956

MAUCO G.

Les déviations de l'amour maternel.

Ecole des Parents, janvier 1951

MAZEL P., GIRARD P. et GAMET A.

Deux aspects du problème de l'enfance coupable : la recrudescence actuelle et la cartographie lyonnaise de la délinquance juvénile. :

Journal Méd. de Lyon, 20 janv. 1942

MENUT G.

Rôle de la dissociation familiale dans la genèse des troubles du caractère.

Thèse, Paris, 1943

MICHAUX L.

Réflexions sur un cas de perversion instinctive conditionnée.

Séance du 18.3.1946 du Groupement d'étude de NPI (en coll. avec GALLOT M.M. et BUREAU G.)

Perversion instinctive conditionnée.

Rôle conjugué du manque d'autorité et des dispositions masochiques de l'enfant.

Séance du 20.5.46 du Groupement français d'étude de NPI.

Evolution de la conception des perversions instinctives.

Sem. des Hôp. de Paris, n°6, 14 fév. 1947

La délinquance juvénile

Entretiens de Bichat, 1951

Des instabilités psychomotrices acquises psychogènes de l'enfant : les instabilités conditionnées.

Arch. Fr. de Pédiatrie, T.IX, n°2, 1952 (en coll. avec TEYSSEYRE J.)

L'enfant pervers.

P.U.F., Paris, 1952

Psychiatrie infantile.

P.U.F., Paris, 1953

MICHAUX L.

Pathologie du jugement et de l'imagination chez l'enfant.

Revue du Praticien, 11 juin 1953  
(en coll. avec JUREDIEU C.)

Le vol chez l'enfant et l'adolescent.  
Entretiens de Bichat, 1953 (en coll.  
avec JUREDIEU C.)

Retentissement affectif de l'épilepsie  
et de ses conséquences sociales.

Journée nationale de Montpellier du  
27 mai 1954 du groupement français de  
NPI. Revue de NPI et de l'H.M. de  
l'Enfance, juillet-août 1955.

Le vol à travers les types caractériels  
de l'enfant.

Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance,  
1955, n°9-10, p.433

Rôle des parents dans les troubles du  
développement de l'enfant.

Ecole des Parents, n°3, 1956-57,  
pp.20-28

Les incidences scolaires de l'épilepsie.  
Revue de NPI et d'H.M. de l'Enfance,  
mars-avril 1957

La paranoïa des enfants et des adoles-  
cents.

Entretiens de Bichat, 1957 (en coll.  
avec FLAVIGNY)

L'enfant inadapté. Rôle du médecin.  
Doin, 1957, (en coll. avec DUCHE D.J.)

Histoire d'un gang d'enfants.

Séance du 19.11.56 du groupement fran-  
çais d'étude de NPI (en coll. avec  
DUCHE D.J. et NODOT A.)

MICHAUX L.

Leçon inaugurale.

Chaire de NPI, Presse Méd. n°20,

12 mars 1958

Les carences de l'autorité, conséquences  
pédagogiques et psychiatriques.

Entretiens de Bichat, 1958 (en coll.  
avec FLAVIGNY H.)

Les manifestations psychosomatiques à  
base d'opposition.

Revue de NPI et d'H.M. de l'enfance,  
mars-avril 1958 (en coll. avec DUCHE  
D.J., FLAVIGNY H. et de PAILLERETS F.)

Troubles du caractère et altérations  
EEG paroxystiques chez l'enfant.

Congrès de Lisbonne, 1958 (en coll.  
avec DUCHE D.J., LAROCHE et DEPREZ).

Valeur et limites de la psychogenèse  
dans l'étude des troubles du caractère  
chez l'enfant et l'adolescent.

Atti della societa Lombarda di Scienze  
Medico-Biologiche, n°4, 1958

Une conséquence de l'abus de la notion  
de frustration affective.

Congrès de Lisbonne, 1958, (en coll.  
avec FLAVIGNY H.)

Les inadaptations neuro-psychiatriques  
de l'enfance et de l'adolescence.

L'Hôpital, mars 1959

Le travail du père.

L'Ecole des Parents, mai 1959 (en coll.  
avec FLAVIGNY H.)

De la tératologie mentale à la notion  
d'inadaptation.

Gaz. Méd. de France, 25 janvier 1959  
(en coll. avec DUCHE D.J.)

Le phénomène des Blousons Noirs.

Méd. Prat. 202, octobre 1960

MOËNE G.

Délinquance juvénile et enfance en danger.

Editions Tout Lyon, Moniteur Judiciaire, 1960

NARBOUTON R.

Troubles du comportement et corrélations électroencéphalographiques.

Thèse, Paris, 1958

NERON G.

L'enfant vagabond.

Thèse, Paris, 1928

NOVELLETTO A.

La masturbation chez l'enfant.

Psychiatrie de l'enfant, vol.4, fasc.1,

P.U.F. Paris, 1961, p.299-311

ORAISON M., BARREAU J.C. et ROCHEFORT J.

Les enfants prodiges.

Fayard, Paris, 1962

OLIVIER G.

Morphologie et types humains.

Vigot, Paris, 1961

PARENTS D'ENFANTS INADAPTES

Educateurs 62, mars-avril 1956

PARROT P. et GUENEAU M.

Les gangs d'adolescents.

P.U.F. Paris, 1959

PINATEL J.

L'inadaptation juvénile.

Revue de Criminologie et de Police technique, n°1, 1955

PLICHET

Problèmes de la toxicomanie chez les jeunes.

Supplément de la Presse Médicale, 15 oct. 1955, n°67

POROT M.

L'enfant et les relations familiales.  
P.U.F., Paris 1959

PREVENTION DU CRIME et traitement des délinquants  
ler Congrès des Nations-Unies, Genève,  
1955, Pédone, Paris, 1956

RACINE A.

La délinquance juvénile en Belgique en  
1958-59  
C.E.D.J. Public, n°7, Bruxelles, 1961

RAMBERT M.

La vie affective et morale de l'enfant.  
Delachaux et Niestlé, Paris, 1949

RAMOS-AISA Julio

L'adolescent délinquant.  
Mémoire pour le titre d'assistant  
étranger, Paris, 1961

ROBIN G.

L'éducation des enfants difficiles.  
P.U.F., Paris, 1961

ROUART J.

Psychopathologie de la puberté et de  
l'adolescence.  
P.U.F., Paris, 1954

L'échec scolaire - Psychiatrie de  
l'enfant, vol.3, Fasc.2, P.U.F. Paris,  
1960, p. 333 à 403 (en coll. avec  
NARLIAN R. et SIMON J.)

ROUMAJON Y.

Comportements inadaptés de l'adolescent  
normal.  
Psychiatrie de l'enfant, vol.4, fasc.1,  
P.U.F., Paris, 1951, p.229-278

SAUGUET H. et DELAVELEYE R.

Les comportements psychologiques des  
enfants et des adolescents épileptiques.  
Psychiatrie de l'enfant, vol.1, fasc.2,  
P.U.F., Paris, 1958, p.251-334

SAUVEGARDE DE L'ENFANCE

Fascicule consacré à la délinquance  
juvénile.

L'inadaptation juvénile en milieu rural  
janv.fév.,mars 1962

Protection de l'adolescence en situa-  
tion ou en danger d'inadaptation,  
janv.fév.,mars 1962

SEVESTRE

Les obsessions de l'enfant.  
Thèse, Paris, 1956

SHENTOUB S.A. et SOULAIRAC A.

L'enfant automutilateur.  
Psychiatrie de l'enfant, vol.3, fasc.1  
P.U.F., Paris, 1961, p.111-145

SINOIR G.

Cinéma et délinquance.  
n° spécial d'Educateurs, mars-avril 19

SOULE M.

Influence des facteurs affectifs sur  
la genèse et l'efficacité de l'intel-  
ligence.  
La Médecine Infantile, nov. 1959

SPITZ R.

La première année de la vie de l'enfant  
Paris, P.U.F. 1958

THEVENIN L. et COLIN M.

Facteurs familiaux de la délinquance  
juvénile. Influence paternelle dans  
le déterminisme du délit chez le garçon  
Journal Méd. de Lyon, 5 mars 1943,  
p. 165-171

TRILLAT E.

La prématurité au point de vue neuro-  
psychique.  
Psychiatrie de l'enfant, vol.3, Fasc.1,  
P.U.F. Paris, 1961, p.274-290

VEYLON R.

Les rebelles sans cause.

Presse Médicale, 68, n°45, 15 oct.1960,  
p. 1681-1684

VILLIAUMEY Mme

Les attitudes paranoïaques de l'enfance  
et de l'adolescence.

Thèse, Paris, 1957

WEYL S.

La débilité motrice chez l'enfant.

La Médecine Infantile, avril 1958



